

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**SABINA BAJRIĆ**

**Izola, 2016**

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTOV S  
ČREVESNO STOMO**

**THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INTESTINAL  
STOMA**

Študentka: SABINA BAJRIĆ

Mentorica: dr. SABINA LIČEN

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

**Izola, 2016**

## **IZJAVA O AVTORSTVU**

Spodaj podpisana Sabina Bajrić izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;

- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

Sabina Bajrić



## KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

<b>Naslov</b>	Kakovost življenja pacientov s črevesno stomo
<b>Tip dela</b>	diplomska naloga
<b>Avtor</b>	BAJRIĆ, Sabina
<b>Sekundarni avtorji</b>	dr. LIČEN, Sabina (mentorica)
<b>Institucija</b>	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
<b>Naslov inst.</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Leto</b>	2016
<b>Strani</b>	54 str.
<b>Ključne besede</b>	črevesna stoma, kakovost življenja, zdravstvena nega pacienta s stomo.
<b>UDK</b>	616-089.86
<b>Jezik besedila</b>	slv
<b>Jezik povzetkov</b>	slv/eng
<b>Izvleček</b>	<p>V preteklosti je bila zdravstvena nega in oskrba pacientov s stomo skromna, usmerjena le v nego stome, z leti pa se je to področje okrepilo, in sicer z izobraževanjem medicinskih sester enterostomalnih terapevtk v tujini. S tem se je pospešeno razvila in nadgrajevala enterostomalna terapija v Sloveniji. Danes so na voljo različni pripomočki za oskrbo in nego pacientov s stomo. Kljub temu da je stroka napredovala, se pacienti ob odpustu domov soočajo s številnimi težavami (tako fizičnimi kot psihičnimi), ki vplivajo na kakovost življenja po odhodu iz bolnišnice. Namen diplomske naloge je predstaviti kakovost življenja pacientov s stomo. V pregledu literature sta opisana stoma in področje zdravstvene nege pacientov s črevesno stomo od sprejema v bolnišnico do odpusta. Predstaviti želimo tudi pomen vloge medicinske sestre enterostomalne terapevtke (v nadaljevanju ET) in patronažne medicinske sestre pri</p>

obravnavi pacienta s črevesno stomo in kakovost življenja ljudi s  
črevesno stomo.

## KEY WORDS DOCUMENTATION

<b>Naslov</b>	The quality of life of patients with intestinal stoma
<b>Tip dela</b>	Diploma work
<b>Avtor</b>	BAJRIĆ, Sabina
<b>Sekundarni avtorji</b>	dr. LIČEN, Sabina (supervisor)
<b>Institucija</b>	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
<b>Naslov inst.</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Leto</b>	2016
<b>Strani</b>	54 pp.
<b>Ključne besede</b>	intestinal stoma, quality of life, care of the patient with a stoma
<b>UDK</b>	616-089.86
<b>Jezik besedila</b>	slv
<b>Jezik povzetkov</b>	slv/eng
<b>Izvleček</b>	<p>In the past health care and treatment of patients with stoma was modest, they focused exclusively on stoma care, and with the years, this has strengthened with the education of nurses enterostomal therapists abroad. Education of nurses enterostomal therapy was developed and upgraded in Slovenia. Nowadays, there are different stoma appliances and accessories for the treatment and care of patients with a stoma. Despite the fact that the profession progressed patients at discharge home they face many problems both physical and psychological, that affect the quality of life after leaving the hospital. The aim of this thesis is to present the quality of life of patients with a stoma. The literature review describes the</p>

stoma and scope of nursing patients with intestinal stoma of admission to hospital until discharge home. Present the importance of the role of nurses enterostomal therapists and community nurses when treating a patient with intestinal stoma and quality of life of people with intestinal stoma.



## KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU .....	I
KEY WORDS DOCUMENTATION .....	III
KAZALO VSEBINE .....	V
SEZNAM KRATIC .....	VI
1 UVOD .....	1
2 NAMEN IN CILJ NALOGE .....	3
3 METODE DELA IN MATERIALI .....	4
4 REZULTATI.....	5
4.1 Stome in njihova delitev.....	6
4.2 Črevesne izločalne stome .....	7
4.3 Vrste zapletov v zvezi s črevesno stomo in peristomalno kožo .....	9
4.4 Zdravstvena nega pacienta s črevesno stomo .....	13
4.4.1. Predoperativna priprava pacienta na operativni poseg pri izpeljavi stome .....	15
4.4.2. Zdravstvena nega pacienta po operaciji .....	18
4.5 Nega in oskrba črevesnih stom .....	20
4.5.1. Delitev pripomočkov za oskrbo stom.....	20
4.5.2. Nega in oskrba izločalnih stom .....	22
4.5.3. Pripomočki in oskrba pacientov s stomo v preteklosti.....	23
4.6 Vloga enterostomalnih terapevtov v ETH.....	25
4.6.1. Vloga medicinske sestre – ET v ETH .....	25
4.6.2. Vloga patronažne medicinske sestre –ET v ETH.....	28
4.7 Kakovost življenja pacientov s stomo (stomistov).....	29
5 RAZPRAVA .....	35
6 ZAKLJUČEK.....	40
7 VIRI .....	41
POVZETEK .....	52
SUMMARY .....	53
ZAHVALA.....	54

## **SEZNAM KRATIC**

ET                enterostomalni terapevt

ETH            enterostomalna terapija

## 1 UVOD

Vzroki za nastanek raka na debelem črevesju niso znani. Številne študije potrjujejo, da je rak debelega črevesa in danke najverjetneje posledica kombinacije medsebojnega delovanja dednih dejavnikov in vplivov okolja. Verjetnost, da bi zboleli za rakom debelega črevesa in danke dokazano povečajo: starost, vplivi okolja (prehrana, alkohol, kajenje, nezdravo življenje), črevesni polipi, kronične vnetne črevesne bolezni (ulcerozni kolitis, Chronova bolezen) in dedna obremenjenost (Ocvirk, 2005). Pojavnost raka debelega črevesa in danke je v zadnjih letih v stalnem porastu in je v Sloveniji že presegla številko 1200 letno. Najpogostejše se pojavlja po 60. letu in predstavlja drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi raka (Onkološki inštitut Ljubljana, 2016). Zdravljenje te vrste bolezni je največkrat operativno in ima lahko za posledico trajno ali začasno izpeljavo črevesa skozi trebušno steno (Ocvirk, 2005). Na ta način je tem pacientom omogočeno odvajanje blata, ki pa s tem postane pasivni in nekontroliran proces. V Sloveniji se vsako leto povečuje število pacientov s kolostomo ali z začasno protektivno ileostomo, saj se povečuje pojavnost raka na debelem črevesu in danki. Klinični napredek, kot so razvoj novih kirurških tehnik, porast dosegljivosti pripomočkov za nego stome in strokovna ter kadrovska rast enterostomalne terapije kot negovalne specialnosti, je bistveno izboljšal oskrbo pacientov in pomagal zmanjšati število zapletov, vezanih na izpeljavo črevesa skozi trebušno steno. Kljub napredku pa za dobro oskrbo ostaja najpomembnejša pravilna kirurška konstrukcija stome, ki naj bo čim boljša, z njo bo namreč moral pacient živeti. Pomembna je tudi dobra psihična priprava pacienta z enostavno, razumljivo in odločno razlago diagnoze ter s pričakovanim izidom zdravljenja. Skozi ves proces zdravljenja nas mora pot voditi k čim popolnejši rehabilitaciji, končni cilj pa naj bo, da bo pacient usposobljen do take mere, da bo mogel po operaciji živeti skoraj enako kakovostno kot prej (Koželj, 2004).

Po operaciji, katere izid je stoma, postane življenje do določene stopnje negotovo. Posamezniki se srečujejo z mnogimi negotovostmi in strahovi, ki so povezani z boleznijo, s sedanostjo, prihodnostjo, s spremenjenim odnosom do sebe, s spremenjenimi odnosi do sveta, do bližnjih, do dela itd. Te posledice so včasih še bolj obremenjujoče kot sama fizična bolečina. Ranljiva postane tudi človekova samopodoba. Posamezni pacienti s stomo živijo dolgo časa, včasih vse življenje. Torej ne gre le za začasno vlogo, temveč za trajen življenjski položaj posameznika, ki mora živeti v svetu drugačnih, v svetu, kjer se večina ljudi s problemi, povezanimi s stomo,

ne srečuje. Kakor kronični pacienti in invalidne osebe morajo tudi pacienti s stomo po operaciji v svojem življenju obvladati naslednje strategije. Kljub trajni oviranosti najti smisel življenja, izdelati prilagoditve v vsakdanjem življenju in na novo oblikovati samopodobo (odnos do samega sebe) (Bavčar in Škrabl, 2009).

Zdravstveno osebje, ki želi pomagati človeku s telesno spremembo, ki mu zmanjšuje veselje do življenja in sposobnost za vsakdanje življenje, se mora vsega povedanega zavedati. Mora se vživeti v tega človeka in mu poleg strokovne pomoči, nuditi vzpodbudo, da ne izgubi vere vase. Da je kljub telesni spremembi ostal človek, vreden enakega spoštovanja in samospoštovanja, kot pred spremembo (Ziherl, 2004).

Zdravstvena nega pacienta s črevesno stomo je več kot le oskrba s sredstvi in storitvami, ki so potrebni za ozdravitev. Je stalno prisotna dejavnost in ima pomembno vlogo pri zagotavljanju normalnega življenja. Nosilka zdravstvene nege je medicinska sestra, ki mora imeti ustrezna znanja in izkušnje za celostno obravnavo pacienta. Ugotavlja potrebe in načrtuje zdravstveno nego. Le tako mu lahko pomaga na njegovi poti do čim prej doseženega zdravja in neodvisnosti. Rehabilitacija pacientov s črevesno stomo zahteva usklajeno delo celotnega zdravstvenega tima. Ker zdravstvena nega posega na skoraj vsa področja pacientovega življenja, je medicinska sestra tista, ki s svojim znanjem in delom pacientu pomaga, ga vzgaja in uči, kako se lahko s stomo kakovostno živi (Hribar, 2009).

## **2 NAMEN IN CILJ NALOGE**

Namen diplomske naloge je s pomočjo domače in tuje literature predstaviti črevesno stomo, zaplete v zvezi s črevesno stomo in peristomalno kožo, predstaviti vlogo medicinske sestre pri zdravstveni negi in oskrbi črevesne stome in na podlagi pregledane literature opisati kakovost življenja pacientov s črevesno stomo.

Glede na namen naloge so cilji naslednji:

- raziskati področje zdravstvene nege pacientov s črevesno stomo,
- opisati različne pripomočke, ki se uporabljajo pri oskrbi črevesne stome,
- poudariti vlogo medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji pacientov s črevesno stomo,
- pregledati različne raziskave v Sloveniji in tujini o kakovosti življenja pacientov s črevesno stomo.

Glede na proučevano področje smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako poteka nega in oskrba pacientov s črevesno stomo ter katere pripomočke so uporabljali nekoč in katere pripomočke uporabljajo danes?
- Kakšna je vloga medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji pacienta s črevesno stomo in kakšna je kakovost življenja pacientov s črevesno stomo?

### **3 METODE DELA IN MATERIALI**

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje literature. Izvedli smo metodo kritičnega branja literature oziroma podatkov, objavljenih v knjigah, člankih, in ostale literature, ki se dotika izbrane teme.

Do literature smo dostopali s pomočjo podatkov bibliografske-kataložne baze podatkov Virtualne knjižnice Cobiss in baze podatkov PubMed in EBSOhost, ki sta dostopni v okviru Univerze na Primorskem, Fakultete za vede o zdravju. Vključena je bila tudi strokovna literatura, dostopna v knjižnični obliki, knjižnice Fakultete za vede o zdravju in Goriške knjižnice Franceta Bevka v Novi Gorici. Prav tako so bili uporabljeni spletni viri, dostopni preko spletnega iskalnika Google.

Proučena je bila strokovna literatura s področja zdravstvene nege pacienta s črevesno stomo in s področja uporabe pripomočkov za oskrbo stome, zanimali pa sta nas tudi vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s črevesno stomo in kakovost življenja ljudi s črevesno stomo. Poleg tega je bila proučena tudi vsebina obstoječih raziskav na prej omenjeno temo. Pri iskanju literature po podatkovnih bazah smo uporabili naslednje ključne besede: črevesna stoma/intestinal stoma/colostomy, pripomočki/colostomy accessories, kakovost življenja/quality of life, zdravstvena nega/nursing/health care. Ključne besede so v slovenskem in angleškem jeziku, kar predstavlja tudi jezikovni kriterij. Povezane so bile z Boolovimi operaterji AND (IN), OR (ALI) ter NOT (NE). V pregled literature smo vključili le raziskave s polnim besedilom ter časovnim kriterijem, in sicer raziskave od leta 2005 pa do leta 2016.

## 4 REZULTATI

Pri raziskovanju omenjene tematike opazimo, da je področje zdravstvene nege pacientov s črevesno stomo v primerjavi z nekoč močno napredovalo. Zdravstvena nega pacientov s črevesno stomo je bila nekoč usmerjena le v nego črevesne stome in je bila močno pomanjkljiva, saj zdravstveno osebje ni imelo niti ustreznih pripomočkov za nego stome niti ustreznega znanja (Smolič, 2005). Pacienti s črevesno stomo so se soočali s številnimi težavami pri negi in oskrbi črevesne stome, ki so vodile v obup, depresijo in kasneje v izolacijo iz družabnega življenja. V preteklosti je bila tema o stomi tabu in o tem se ni veliko govorilo, razen v strokovnih krogih (Klemenc, 2009). Da se je stanje nekoliko izboljšalo, so pripomogle medicinske sestre ET z izobraževanjem v tujini in s prvimi enostavnimi pripomočki za nego in oskrbo črevesne stome, ki so bili na začetku dostopni le v tujini. Kasneje so nekatere razpoložljive pripomočke že lahko dobili na recept v domači specializirani trgovini. Danes lahko pacienti s črevesno stomo svobodno izbirajo med pripomočki različnih proizvajalcev (Oberstar in Zima, 2009). Medicinske sestre ET so se na vso moč trudile odpravljati raznovrstne prepreke in tako so pripomogle h korenitim spremembam v zdravstveni negi pacienta s črevesno stomo. Ko so veliko naredile na področju zdravstvene nege črevesne stome in se seznanile z bogatim izborom pripomočkov, so se lahko bolj posvečale psihičnim, socialnim in drugim težavam, ki lahko nastanejo pri pacientu s črevesno stomo kot posledica operativnega posega (Gantar, 2005). Medicinske sestre ET so se skozi dolgoletne izkušnje zavedale pomena zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientu s črevesno stomo. Poleg učenja zdravstvene nege in oskrbe stome je zelo pomembna psihosocialna obravnava pacienta. Medicinske sestre s svojim strokovnim pristopom in pozitivno komunikacijo želijo doseči zmanjšanje strahu pred operacijo, pred bolečino, sprejemanje črevesne stome in nove telesne podobe ter ponovno vključitev v okolje (Zapušek, 2005). Zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre se začne že ob sprejemu pacienta na oddelek in ga spremlja skozi celoten potek zdravljenja. Pacienti s črevesno stomo prestanejo kompleksno zdravljenje, na katerega se vsak posameznik drugače odziva. Medicinska sestra igra pomembno vlogo pri celotnem procesu, pri tem pa je najpomembnejše, da usposobi pacienta do take mere, da živi enako kakovostno kot prej (Sinha in sod., 2009). Po odpustu iz bolnišnice pacienti s črevesno stomo niso prepuščeni sami sebi. Pripada jim obisk patronažne medicinske sestre, ki pacienta spremlja doma. Njena vloga je ključna pri dokončni rehabilitaciji pacienta. Njen

cilj je, da posameznika in družino usposobi za samooskrbo v okviru danih psihofizičnih in socialnih možnosti v domačem okolju (Batas, 2006–2007). Samostojni in dobro rehabilitirani pacienti s črevesno stomo lahko živijo kakovostno življenje. K temu pa veliko pripomorejo medicinske sestre, ki se s svojim celostnim pristopom trudijo, da bi dvigovale življenju kakovost in neodvisnost (Hribar, 2009). Kakovost življenja pacientov s črevesno stomo v Sloveniji je zlahka primerljiva z drugimi po svetu. Kljub temu, da imajo pacienti s stomo različne težave, navajajo podobne izkušnje, ki jih pestijo skozi njihov vsakdan. Najpogosteje jih skrbijo negotovost glede prihodnosti, spoprijemanje s telesnimi spremembami, spremembe pri osnovnih življenjskih opravilih ter socialna in eksistenčna varnost, ki sta povezani s poklicno rehabilitacijo (Bavčar in Škrabl, 2009). Na izrazitost teh težav lahko vplivajo tudi številni dejavniki, kot so starost, spol in pretekli čas od zdravljenja (Von Klaassen in sod., 2015). Medicinske sestre želijo prispevati k dvigu kakovosti življenja pacientov s črevesno stomo. Uspešne bodo, če bodo poznale občutke in doživljanje pacientov ob soočanju z novo nastalo situacijo (Hribar, 2009).

#### **4.1 Stome in njihova delitev**

Stoma v latinščini pomeni usta ali odprtina. Besedo v medicini običajno uporabljamo takrat, ko želimo označiti umetno napravljeno povezavo med votlim organom in kožo. Poznamo dihalne, hranilne, izločalne stome, ki so lahko začasne ali trajne (Tomažič in Belna, 2010). Izločalna stoma je najpogostejša posledica operativnega zdravljenja raka debelega črevesa, danke, sečnega mehurja, lahko je tudi posledica zdravljenja vnetnega obolenja črevesa, poškodbe danke in sečnega mehurja, prirojenih anomalij in drugih bolezni (Štemberger Kolnik in sod., 2013). Na tem mestu bomo govorili samo o tistih stomah, ki so narejene kot nadomestna odprtina za odvajanje črevesne vsebine (Tomažič in Belna, 2010). Zunanja vidna barva stome je rdečkasta, tako kot vsa sluznica prebavnega sistema. Stoma ima svetlečo, zdravo rdečo barvo, kar pomeni, da je dobro prekrvavljena s krvjo. Krvne žile na stomi so povrhnje, zato se lahko pri čiščenju stome pojavi krvavenje. Takšno krvavenje je primerljivo s krvavenjem pri umivanju zob. V stomi ni živčnih končičev in je praktično neobčutljiva, čeprav rdeča barva daje vtis, da je tkivo močno občutljivo. Bolečina je prisotna, če je predel stome razdražen ali vnet. Na stomi lahko opazujemo rahle premike, ki pomenijo običajno



krčenje črevesa (Fiala, 2007). Stome lahko razdelimo po anatomske lokalizaciji v kolostome, ki predstavljajo izpeljavo na različnih delih debelega črevesja, in ileostome, ki predstavljajo izpeljavo na končnem delu tankega črevesja. Kolostome so lahko cekostoma (izpeljano slepo debelo črevo), ascendentna stoma (izpeljano v vzpenjajoče se debelo črevo), tranzverzostoma (izpeljano prečno debelo črevo), sigmostoma (izpeljano esasto debelo črevo). Po času trajanja delimo stome na trajne – pridejo v poštev kot dokončno stanje, kadar ni več mogoče odvajanje blata po naravni poti – inčasne – pridejo v poštev, kadar je potrebno začasno izključiti odvajanje blata po naravni poti in je predvidena še rekonstrukcija prebavnega trakta. Po načinu izpeljave delimo stome na dvocevne oz. zankaste, kjer sta izpeljava in odprtina napravljeni na črevesni vijugi, ta stoma ima dovodni in odvodni del vijuge, in enocevne – terminalne (končne). Glede na bolezenski vzrok delimo stome na stome, namenjene zdravljenju malignih obolenj, stome, namenjene zdravljenju benignih obolenj, stome, namenjene zdravljenju prirojenih anomalij in stome, namenjene zdravljenju poškodb (Koželj, 2004).

## 4.2 Črevesne izločalne stome

Vrsti črevesno-izločalnih sta ileostoma in kolostoma.

### – Ileostoma

Ileostoma je kirurško narejena izpeljava črevesa skozi odprtino v trebušni steni, običajno v desnem spodnjem kvadrantu trebuha, skozi katerega je napeljan končni del tankega črevesa, ileum. Blato, ki se izloča po ileostomi je v začetku zelo tekoče, vsebina je žolčno obarvana, vodena. Čeprav je vsebina po ileostomi vedno tekoča, saj ne pride do absorpcije v debelem črevesu, pa se sčasoma vseeno nekoliko zgosti in volumen zmanjša, kar se zgodi po nekaj tednih, ko stoma dozori. Blato ni nikoli povsem formirano, konsistenca blata pa se spreminja, odvisno od količine vnesene tekočine in sestave hrane (Omejc, 2006 – 2007).

Stalno ileostomo kirurg oblikuje takrat, kadar so v celoti odstranjeni debelo črevo, danka in zadnjik. S tem posegom je izgubljena funkcija tega dela prebavila in je odvajanje po naravni poti onemogočeno. Kadar je začasno onemogočeno odvajanje blata po naravni poti, predvidena pa je rekonstrukcija, takrat kirurg oblikuje začasno ileostomo. Funkcija tankega črevesa je vsrkavanje prehranskih snovi in vode. Za razgradnjo prehranskih

snovi so potrebni encimi, ki se sproščajo v tankem črevesu. Ti encimi so agresivni in prisotni tudi v vsebini, ki se izloča po ileostomi, ter v kontaktu s kožo povzročajo močno razdraženost kože. V izogib tem težavam kirurg ileostomo oblikuje od dva do pet centimetrov nad nivojem kože v stomalno vrečko. Izločanje vsebine je kontinuirano, zato je namestitev kožne podloge in vrečke stalna (Medis, n. d.).

Kontinentna ileostoma ali Pouch je posebna vrsta ileostome, ko pacient lahko kontrolirano prazni vsebino po ileostomi. To je različica klasične ileostome, pri kateri pacientu ni treba stalno nositi kožne podloge in vrečke. Pacient si tako kontrolirano večkrat na dan izprazni rezervoar (Medis, n. d.).

#### – Kolostoma

Beseda izhaja iz dveh grških besed colon in stoma. Prva pomeni debelo črevo, slednja pa odprtina. Kolostoma je posledica operativnega zdravljenja raka na debelem črevesu in zadnjiku in je lahko posledica zdravljenja vnetnih črevesnih bolezni, poškodb črevesja ali zadnjika, prirojenih anorektalnih anomalij, zapore črevesja in nekaterih drugih bolezni. Obvod je običajno trajen, so pa tudi primeri, ko je le začasen. Debelo črevo je izpeljano skozi trebušno steno z namenom, da kirurg oblikuje umeten zadnjik, skozi katerega se izloča blato. Poznamo končne kolostome in kolostome na pentlji, lahko pa so tudičasne kolostome (Medis, n. d.).

Posebna oblika stome je cekostoma, ki večinoma predstavlja samo začasno stanje, njena lega je v spodnjem desnem delu trebuha. Danes je to redka izpeljava črevesja. Kirurg jo včasih naredi kot začasno razbremenitev črevesja pri ileusu. Vsebina je tekoča in polna encimov, zato pri iztekanju črevesna vsebina močno draži okolico kože. Naravna pot odvajanja ostane ohranjena (Koželj, 2004).

Ascendentna stoma je redka stoma, ki jo kirurg napravi pri diskontinuitetni operaciji pri odstranitvi desne strani debelega črevesa ali pri razširitvi odstranitve na prečno in del levega debelega črevesa ter pri bolezenskih stanjih (peritonitis), ki ne dopuščajo napraviti kontinuitetne operacije. Za negovanje je zahtevna, blato je še vedno utekočinjeno in ob nepravilnem negovanju dražeče za okolno kožo (Koželj, 2004).

Tranzverzostoma je izpeljava na prečnem debelem črevesu. Mesto izpeljave je v desnem zgornjem kvadrantu ali redko v levem zgornjem kvadrantu trebuha. Kot dvocevno stomo jo

večinoma napravijo z namenom začasne oz. varovalne stome pri nizko ležečih malignomih danke in nato anastomozah. Uporabljena je pa lahko tudi kot paliativna stoma (Koželj, 2004). Črevesna vsebina je še tekoča ali deloma formirana (Medis, n. d.).

Sigmoidstoma je najpogostejše izpeljano debelo črevo. Lahko je začasna ali trajna. Pri sigmoidstomi po Hartmanovi operaciji, kjer odstranijo bolezenski del, naredijo terminalno stomo oralnega dela črevesa in slepo zaprejo aboralni del debelega črevesa in danke. To operacijo naredijo pri načrtovanju dvofaznega operativnega zdravljenja maligne obstrukcije levega kolona, kjer se nato v drugi fazi naredi rekonstrukcija – kontinuiteta izpeljanega in slepo zaprtega dela debelega črevesa ali danke. Lahko je tudi dokončna operacija pri pacientih, kjer so zaradi visokega tveganja opustili perinealno fazo zdravljenja. Sigmoidstoma je trajna tudi pri abdominoperinealni amputaciji rektuma, ki jo naredijo pri pacientih z rakom lokaliziranim v spodnji tretjini rektuma, bolj poredko pa je indicirana pri zdravljenju Crohnove bolezni rektuma in ulceroznega kolitisa (Koželj, 2004). Običajno leži v levem spodnjem kvadrantu trebuha. Gostota blata je odvisna od obsega izreza debelega črevesa (Medis, n. d.).

### **4.3 Vrste zapletov v zvezi s črevesno stomo in peristomalno kožo**

Zdravstveno osebje mora poznati razlike med posameznimi stomami ter njihove zaplete, ki so s stomo povezani, in pravilno ukrepati. Poznavanje zapletov nam da vpogled v pacientovo stanje, prognozo in način izvajanja zdravstvene nege. Zapleti so lahko zgodnji in so vezani na postoperativno obdobje bivanja v bolnišnici. Zaplete, ki pa se pojavijo po odpustu iz bolnišnice ali pa pozneje, imenujemo pozni zapleti (Hribar, 2004). Najpomembnejše je, da pacienta z novo stomo že takoj po operaciji poučimo o možnih zapletih, saj bo le tako pravočasno ukrepal (pomagal si bo sam ali poiskal pomoč pri ET). Mnogokrat samo nepoučenost pacienta privede do različnih težav (Planinšek Ručigaj, 2006 – 2007). Za pacienta, ki ima lepo oblikovano stomo, je zdravstvena nega enostavna. Stomo in okolico kože negujemo s toplo vodo, jo dobro posušimo, izrežemo željeno velikost odprtine na kožni podlogi in namestimo ustrezen pripomoček.

Zgodnji zapleti v zvezi s črevesno stomo in peristomalno kožo so:

- Neprimerno mesto stome

O neprimernem mestu stome govorimo, ko je težko ali skoraj nemogoče očistiti stomo in njeno okolico in namestiti zbiralni sistem. Za pacienta je lahko konstanten izvor težav, za medicinske sestre pa velik negovalni problem. Konstantne težave z nego stome lahko privedejo do resnih kožnih okvar in posledično vplivajo na kakovost življenja pacienta (Štemberger-Kolnik, 2009). Pogovor medicinske sestre s pacientom pred operativnim posegom je nujen, saj le tako lahko zagotovimo optimalno mesto označitve stome (Tomc-Šalamun, 2006 – 2007). Mesto stome ne sme biti v bližini rebrnega loka, kostnih izboklin, popka ali predela maščobnih gub. Nikoli se ga ne postavlja neposredno v operativno brazgotino. ET je tudi pozoren na mesto, kjer pacient nosi pas oblačil (Hribar, 2004).

– Edem stome

Takoj po operaciji je stoma nabrekla in se postopoma spreminja. Stoma daje vtis, kot da je zožana, sluznica je sočna. Stomo le opazujemo, saj po parih dneh edem upade (Štemberger-Kolnik, 2009).

– Krvavitev iz stome

Krvavitev iz stome je najpogostejši vzrok neadekvatne ustavitve krvavitve po operaciji. Pojavi se v robovih stome ali iz mezenterija (Štemberger Kolnik, 2009). Rahla krvavitev iz stome prve dni po operaciji je povsem normalna, medtem ko je večja krvavitev lahko posledica praznjenja hematoma iz fascialnega prostora. V primeru večje krvavitve se lahko namesti na stomo v vrečko zaviti led, ampak ne neposredno na sluznico (Hribar, 2004).

– Nekroza ali odmrtnje stome

Pojavi se, ko je dotok krvi v stomo otežkočen ali onemogočen in ishemija povzroči razpad tkiva. Nekroza stome se pojavi v 17 % primerov, pri akutnih pacientih in pacientih s prekomerno telesno težo pa v 12–22 % (Štemberger-Kolnik, 2009). Barva stome se spremeni, sluznica ni več rožnata, ampak vijolične barve, če je ishemija huda, pa črne barve. Stoma se loči od roba kože in se zabrazgotini pod nivojem kože. Odmrla stoma se zmehča in pade v podkožje ali v trebušno votlino, kjer lahko povzroči peritonitis. Stomo opazujemo prek prozorne vrečke s kožno podlago, v večini primerov je potrebna tudi pasta za dobro tesnjenje (Hribar, 2004).

– Retrakcija ali ugreznjena stoma

Pri odmrtnju stome ali slabo pritrjeni stomi krn črevesa »pade« v podkožje in govorimo o retrakciji ali ugreznjeni stomi. Lahko popustijo tudi šivi, če je distalni del črevesa prekratek. Pacientu, ki prekomerno pridobiva na teži, se ta zaplet lahko pojavi kasneje. Retrakcija stome se pogosteje pojavlja pri pacientih z ileostomo, kot pri pacientih s kolostomo. Predstavlja velik negovalen problem, ki je rešljiv z operativno korekcijo stome. Za nego ugreznjene stome uporabljamo fleksibilne vrečke in konveksne podloge. Uporaba paste je nujno potrebna (Štemberger-Kolnik, 2009).

– Stenoza ali zožitev stome

Stenoza stome nastopi v 2–10 % ileostom in kolostom, največkrat s Chronovo boleznijo (Jelenc in sod., 2006–2007). Gre za zožen lumen stome, ki se pojavi na kožnem nivoju ali na fasciji in ogroža funkcijo izločanja stome. Težave omilimo z ustrezno dieto in dovolj tekočine. Pomagamo si tudi s sredstvi za mehčanje blata in s širjenjem (bužiranjem) lumna stome s prstom. Pacient opaza ozko stolico, nezadostno količino blata, pri tem ga napenja in ima bolečine ob praznjenju. Vzrok nastane pri oblikovanju stome ali brazgotinjenju po obsevanju ali parastomalni okužbi (Tomc-Šalamun, 2006–2007).

Vnetne spremembe na koži lahko tudi uvrščamo med zgodnje zaplete in predstavljajo velik negovalni problem. So posledica slabo izpeljane stome, neprimerne nege in izbire pripomočka za stomo in alergijske reakcije na pripomočke (Štemberger-Kolnik, 2009).

Pozni zapleti v zvezi s črevesno stomo in peristomalno kožo so:

– Parastomalna kila

Večina kil nastane v prvih dveh letih po operaciji. Pojavljajo se pri 2–20 % kolostom in 2–5 % ileostom. Manjše kile ne povzročajo težav in se jih odkrije kasneje, zato se ti podatki razlikujejo (Jelenc in sod., 2006–2007). Nastane tako, da se ob stomi izboči črevo skozi fascijo v podkožno tkivo. Vzroki so kirurški (nepravilno zaprtje podpornih tkiv ob stomi, oblikovanje prevelike odprtine ali izpeljava stome izven trebušne mišice) ali zaradi oslabljenih trebušnih mišic, debelosti ter pritiska v trebuhu (Tomc-Šalamun, 2006–2007). Zaplet lahko omilimo z nošenjem kilnega pasu, drugače je zdravljenje kirurško. Kilo razrešijo in zožijo odprtino za

izpeljavo črevesja. Pri pojavu kile se irigacija črevesa odsvetuje, saj lahko resno poškoduje črevo in pride do perforacije (Hribar, 2004).

– Prolaps

To je stanje, kjer črevo izpade iz predela stome in se pri tem poveča tudi do 5 cm (Hribar, 2004). Največkrat se pojavi pri tranzverzostomi od 7 do 25%, 2 do 3% končnih kolostom in do 3% ileostom (Jelenc in Juvan, 2007). Prolaps stome se razlikujejo od prolapsa sluznice, ki nima večjega pomena, do prolapsa celotnega predela črevesne sluznice, ki povzroči disfunkcijo stome. Vzrok je posledica prevelikega stomalnega okna ali stoma, ki ni izpeljana skozi predel preme trebušne mišice. Repozicijo izvajajo tudi naučeni pacienti za lažjo namestitev pripomočka, sicer je zdravljenje kirurško (Štemberger Kolnik, 2009).

– Granulomi

Na robu sluznice ob stomi se pojavlja granulacijsko tkivo, največkrat tam, kjer so bili šivi. Pacienti jih vidijo kot morebitno ponovitev rakaste bolezni. V okolici stome nastanejo tudi navadne bradavice, saj dobro uspevajo v vlažnem okolju (Hribar, 2004).

– Sprememba parastomalne kože

Najpogostejši vzroki za vnetje parastomalne kože so nepoučenost pacienta o negi in oskrbi stome (neprimeren izrez odprtine na kožni podlagi), slabo izpeljana stoma, slabo splošno počutje in obolenje pacienta. Spremembe na parastomalni koži vodijo v zaplete, ki slabšajo kakovost življenja in zdravstveno stanje pacienta, povzročajo mu dodaten stres. Pravočasno odkrite težave s kožo v okolici stome se lahko primerno zdravijo, če odstranimo vzrok, zaradi katerega je prišlo do vnetja. Vrste parastomalnih vnetij so mehanske poškodbe, ki nastopijo zaradi udarcev, pritiskov, agresivnega čiščenja v okolici stome ali grobega odstranjevanja kožne podloge. Kontaktni dermatitis je lahko alergičnega značaja ali nastane zaradi draženja jedkih izločkov iz stome. Glivično vnetje (peristomalna kandidiaza) nastane zaradi konstantnega močenja kože ob stomi ali prekomernega porasta glivic v predelu ob stomi. Impetigo in folikulitis – najpogostejše ju povzroča *Staphylococcus aureus* in gre za vnetje lasnih mešičkov. Peristomalni dermatitis in ulkus kože – nastaneta zaradi dolgotrajnega vnetja ter draženja zaradi posameznih sestavin hrane in zdravil (Štemberger Kolnik, 2009).

– Radioterapija

Povzroči eritem kože kot pri močnem sončenju, s tem da je prizadeto tkivo tudi v globini. Črevo reagira na obsevanje z drisko, lahko je prisotna tudi kri. Intenzivno obsevanje lahko povzroči funkcionalne motnje zaradi fibroze, nastopi lahko popolna zožitev, ki vodi v ileus (Štemberger Kolnik, 2009).

– Rak na mestu stome

Lahko se pojavi na mestu stome ali v peristomalnem predelu in predstavlja resen negovalni problem zaradi izcedka iz maligne tvorbe in neprijetnega vonja. Praviloma je premestitev stome na drugo mesto nemogoča, saj je pojav raka na mestu stome največkrat znak razširjenega metastatskega obolenja (Štemberger Kolnik, 2009).

– Varice ob stomi

Nastanejo pri pacientih z razvito jetrno cirozo, ki imajo prisotno portalno hipertenzijo. Ker posamezni deli mezenterialne cirkulacije predstavljajo povezavo med portalno in sistematsko cirkulacijo, se lahko v mezenteriju ob sami stomi razvijejo kolaterale. Občasno lahko močno zakrvavijo. Krvavitev zdravnik zaustavi s koagulacijo, sklerozacijo ali podvezenjem kolateral med sluznico in kožo (Štemberger Kolnik, 2009).

#### **4.4 Zdravstvena nega pacienta s črevesno stomo**

Izpeljava stome je operacija, ki je potrebna v različnih starostnih obdobjih. Lahko jo dobijo dojenčki, mladostniki in odrasli. Stoma spremeni telesno podobo, zato je zelo pomembno, da pacient sprejme stomo za svojo in premaga začetni odpor do svojega telesa, strah pred zmanjšanjem delovne in spolne sposobnosti. Zelo pomemben je odnos družine oziroma odnos med partnerjema (Omerović Pešec, 2005–2012).

Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege omogočajo kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno stroko s svojim specifičnim delovanjem, saj v skrbi za zdravje posameznika, skupine in družbe zapolnjujejo tiste vrzeli, ki jih medicina in druge znanosti ne morejo učinkovito pokrivati. Medtem medicina v okviru svojih pristojnosti preprečuje,

odkriva in rešuje probleme pacientov, ki so lahko posledica bolezni ali drugih vzrokov (Hajdinjak, 1999). Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi je proces, ki zajema opisovanje, merjenje, vrednotenje in izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. Zahteva tudi stalno izboljševanje storitev. Pri ocenjevanju kakovosti primerjamo resnično nudeno zdravstveno nego z izbranimi kriteriji in standardi. Z uporabo najboljših izidov za doseganje odličnosti izboljšujemo kakovost v zdravstveni negi. Cilji zagotavljanja zdravstvene nege so izboljšanje ali vzdrževanje zdravstvenega stanja pacientov, psihofizično ugodje in dobro počutje pacientov ter zadovoljstvo pacientov po opravljeni zdravstveni negi (Hribar, 2009). Najpomembnejši cilj pri zdravstveni negi pacienta, ki ima stomo, je prav gotovo čimprejšnja samostojnost in popolna samooskrba. Prav zato je pri izvajanju zdravstvene nege najbolj uporaben teoretični model Dorothee E. Orem, ki ga je poimenovala »model samooskrbe«. Samooskrba, ki jo posamezniki izvajajo za vzdrževanje življenja, zdravja in dobrega počutja. Popolne samooskrbe je sposoben odrasel, zdrav človek. Na razvoj samooskrbe vplivajo vzgoja, izobraževanje, nadzor in izkušnje. Model je usmerjen k razvijanju odgovornosti posameznika za vzdrževanje in izboljševanje zdravja oziroma sprejemanje stanja bolezni. Medicinska sestra pacienta nauči biti samostojen. Izpostavljena je vzgojno-izobraževalna funkcija (vodenje, usmerjanje, svetovanje in učenje) (Pajnikihar, 1999). Samooskrba je povezana z zdravjem oziroma boleznijo in služi kot kriterij za določanje potreb po zdravstveni negi. Posameznik potrebuje zdravstveno nego, ker so potrebe po samooskrbi večje kot sposobnosti samooskrbe. Cilj zdravstvene nege je obnoviti ravnovesje med sposobnostmi in potrebami samooskrbe (Hribar, 2009).

Sodelujoča vloga zdravstvene nege v medicini zahteva domala vsa znanja s področja medicine (v omenjenem obsegu), »skrb« za pacienta kot osrednja usmeritev zdravstvene nege pa zahteva obsežna teoretična in praktična znanja s področja zdravstvene nege, menedžmenta, izobraževanja in raziskovanja. Z naraščanjem in zavedanjem odgovornosti ter z zahtevami po zagotavljanju kakovosti in cenovne učinkovitosti dela v zdravstveni negi medicinske sestre ugotavljajo, da v preteklosti doseženo znanje ne zadovoljuje več sodobnih potreb, zato je pridobivanje in razvijanje znanja do najvišjih izobrazbenih stopenj v zdravstveni negi nujna potreba, ki bi jo morala razumeti in podpirati tudi družba, saj je v njeno dobrobit le-ta tudi namenjena. Raziskovanje s področja zdravstvene nege pacientov s črevesno stomo oziroma v ETH izvajajo ET. Svoje raziskovalno delo izvajajo



z namenom ohranjati kakovost dela. Njihovo raziskovanje temelji na izkušnjah s pacienti s stomo in tako je strokovni razvoj podprt na dokazih. Pri svojem delu prepoznajo specialne potrebe pacientov, zagotavljajo prijazne usluge svoje službe, predstavljajo informacijsko tehnologijo in obveščanje ter spodbujajo zavest družbe in zmanjšujejo tabuje in stigme. Njihovemu delu daje težo razvojni pristop, za kar pa je pomembno prepoznavanje raziskovalnih prioritet. Rezultati raziskovanja prinašajo razvoj standardov in kompetenc, spremembe učnih metod in tako izboljšanje kakovosti življenja pacientov. Pomembni so torej znanje, profesionalni razvoj, razvoj kompetenc in sodelovanje strokovnjakov (Tomc-Šalamun, 2009). Pri zdravstveni obravnavi pacientov s stomo ni dovolj, da jim zdravniki z radikalno operacijo podaljšajo življenje, ampak kakovost življenja posameznikov po operaciji (Štemberger Kolnik in sod., 2008). Conroy in sodelavci (2007) so ugotovili, da je za paciente s hepatakarcinomi in kolorektalnimi karcinomi, ki že metastazirajo, lahko s kakovostjo njihovega življenja po operaciji napovemo dolžino njihovega življenja. Brown in Randale (2005) sta v raziskavi potrdila, da ima ambulanta za paciente s stomo velik vpliv na njihovo kakovost življenja, kar podpreta s trditvijo, da taka ambulanta nudi individualno obravnavo in kontinuirano spremljanje zdravstvenega stanja posameznika.

#### **4.4.1. Predoperativna priprava pacienta na operativni poseg pri izpeljavi stome**

Vsaka operacija je za pacienta stresna. Pogosto se mora odločati o posegu, ki povzroča bolečino, invalidnost, nesamostojnost, ali pa mu celo ogroža življenje. Za pacienta s kronično boleznijo je lahko operacija, ki ga bo reševala težav in zadreg zaradi neprestanih drisk, sicer hud, vendar sprejemljiv izhod, ki mu bo prinesel olajšanje. Prav zato ga muči veliko vprašanj: Kako je to videti? Kako bo s tem živel? Ali bo mogel na delo med ljudi? Ali bo lahko nosil navadno obleko? To so vprašanja, ki jih navadno pacient v prvem stresu ne bo zastavil zdravniku, temveč svojemu neposrednemu negovalcu ali celo nepoklicani osebi. Prvi stik s pacientom doživimo s sprejemom pacienta na oddelek. Ob sprejemu in z namestitvijo v posteljo dobiva pacient prve občutke in vtise, pa tudi že del zaupanja, ki je še spreminjajoč. S spoznavanjem diagnoze je tudi medicinskim sestram zelo jasno, kaj vse bo pacient z bivanjem v bolnišnici moral prestat sam, vsekakor pa z našo pomočjo, ki je v dani situaciji zelo pomembna. Več, kot bomo imeli časa za pacienta na samem

začetku, lažje bo premagal strah pred operacijo in pomisleke o njej (Šlebnik Laznik in sod., 2008).

Priprava pacienta na operativni poseg je psihična/duševna, fizična/telesna in administrativna. Že ob sprejemu na oddelek se pričnejo psihična priprava pacienta na operativni poseg ter ugotavljanje različnih dejavnikov, ki spremljajo njegovo počutje ali vplivajo na sprejem v bolnišnico. Glede na načrtovan operativni poseg se razlikuje telesna priprava pacienta. Delimo jo v zgodnjo ali splošno telesno pripravo in usmerjeno telesno pripravo, ki se prične dan pred operativnim posegom. Tretja oblika priprave je administrativna (Šmitek, 2006).

#### **a) Psihična priprava pacienta na operativni poseg**

Vsak posameznik se odziva na operativni poseg drugače in to je zanj individualno doživetje zaradi prisotnih psihosocialnih in fizičnih dejavnikov (Šmitek, 2006). Strah pred operativnim posegom je vedno prisoten, vendar ga s pravilnim pristopom, z empatijo, razlago s strani zdravnika in ET lahko omilimo. V našem primeru je to stoma, ki spremeni zunanjo podobo posameznika in omaja način življenja, partnerske odnose ter samozavest. Bojimo se stvari, ki jih ne poznamo in s katerimi ne znamo ravnati (Jelar Slatnar, n. d.). Poseg v pacientovo telo je vedno obremenjujoča izkušnja, ki povzroča psihične in stresne odzive. Zahteva prilagajanje pacienta in družine na začasne ali trajne spremembe. Priprava pacienta se prične že ob vstopu v bolnišnico in ne tik pred operativnim posegom. S strokovnimi ukrepi zdravstvene nege skušamo zmanjšati stres pri pacientu prijazen odnos in spoštovanje pacientovega dostojanstva, vzpostavljamo zaupnega odnosa, informiranje bolnika, spodbujanje izražanja občutij (zaskrbljenosti, strahu, jeze), empatičen odnos in podpora pacientu, ugotavljanje pacientovih potreb in pomoč pri njihovem zadovoljevanju (Šmitek, 2006).

Pacient mora imeti jasna navodila in pomembne informacije, kot so diagnoza, vrsta stome in njeno trajanje. Vse pa je odvisno od pacientove starosti, intelektualne in fizične sposobnosti ter socialnega okolja, iz katerega prihaja. Pacientu predstavimo negovalne pripomočke in počasi vzpostavljamo njegovo zaupanje in sodelovanje. Pred operativnim posegom ga spodbujamo in stremimo k temu, da bo pacient po posegu dosegel isto kvaliteto življenja kot pred njim (Mežik-Veber, 2005). Odzivi na spremenjeno telesno podobo so različni in imajo več

obdobij, kot so zanikanje, jeza, obdobja pogajanj, depresija ter sprejemanje samega sebe. Čeprav ima pacient spremenjeno telesno podobo in zmanjšano telesno sposobnost, ga je treba naučiti, da se ima enako rad, kot se je imel prej (Tomc-Šalamun, 2006).

#### **b) Fizična priprava pacienta na operativni poseg**

Zajema splošno fizično pripravo, kjer se oceni splošne pacientove sposobnosti ter posamezne organske sisteme za operativni poseg (laboratorijski izvidi, snemanje EKG, ultrazvok, RTG pljuč ...). Predoperativna priprava je specifična, saj sem sodi tudi urejanje pacientovih spremljajočih presnovnih in drugih obolenj, ki zahtevajo nadzor pred in po operaciji (sladkorna bolezen, kronična ledvična odpoved, antikoagulantna terapija ...). Med specifično pripravo uvrščamo tudi paciente, ki bodo operirani na črevesju. Priprava je tako usmerjena na pripravo prebavnega trakta in označitev mesta stome (Šmitek, 2006). Priprava prebavnega trakta se izvaja s čiščenjem črevesja dan pred operacijo in je za paciente nujno in neprijetno opravilo. Način čiščenja določi zdravnik in se med regijami razlikuje, cilj pa je povsod enak, dobro očiščeno črevo, kar je pogoj za nemoten operativni poseg ter zmanjšanje zapletov po posegu (Zapušek, 2006–2007). Za čiščenje črevesa uporabljamo različna sredstva, klizme z različnimi dodatki, peroralne tekočine ter odvajalne svečke, ponekod tudi odvajalne tablete (Šmitek, 2006). Če se pri čiščenju črevesa pojavijo težave, kot so slabost, napetost, bruhanje in krvavitev, takoj obvestimo zdravnika. Dan pred operacijo bolnik uživa tekočo dieto. Pred operativnim posegom se označi mesto stome. Operater je odgovoren za to, da izpelje stomo na najboljši možen način, po pravilih, ki veljajo za določeno vrsto stom. Za pravilno lego stome je potrebno upoštevati nekaj pravil (Zapušek, 2006–2007):

- stoma mora ležati na gladkem področju trebuha, velikem približno 10x10 cm, v področju musculus rectus abdominus,
- vstran od popka, brazgotin, nevusov, rebrnega loka, medeničnih kosti in gub,
- upoštevati je treba pas krila ali hlač,
- lega se označuje v sedečem, ležečem in stoječem položaju pacienta,
- pacient sodeluje pri označitvi,

- pacient mora mesto stome dobro videti.

Za operativni poseg, katerega posledica je izpeljano črevo – stoma, je potrebna neposredna fizična priprava. Nanaša se na organske sisteme, ki so sestavni del operacije. Namen je omejitev možnosti okužbe, olajšanje operativnega posega ter zmanjšanje možnosti zapletov po operativnem posegu (Šmitek, 2006). Neposredna priprava pacienta je usmerjena v osebno higieno, ki jo pokreten pacient opravi sam. Nepokretnemu pomaga medicinska sestra. Operativno polje obrijemo tik pred posegom samim (Zapušek, 2006–2007).

#### **c) Administrativna priprava pacienta na operativni poseg**

Zajema pripravo, razlago in pridobitev pisnega soglasja za operativni poseg, transfuzijo krvi in anestezijo. Informacije o operativnem posegu razloži zdravnik pacientu. Medicinska sestra pripravi ustrezne obrazce za podpis, uredi pacientovo dokumentacijo, preveri količino nalepk z njegovimi podatki, priloži laboratorijske in druge izvide, označi pacientovo posteljo, preveri, če ima pacient identifikacijsko zapestnico, označi in popiše shranjeno lastnino, spiše poročilo o neposredni pripravi pacienta na predoperativno predajo v operacijski blok itd. (Šmitek, 2006).

#### **4.4.2. Zdravstvena nega pacienta po operaciji**

Zdravstvena nega pacienta s stomo po operaciji se deli na zdravstveno nego neposredno po operaciji (zgodnje pooperativno obdobje) in na zdravstveno nego poznega pooperativnega obdobja do odhoda domov. Načrtuje se po procesni metodi dela z upoštevanjem teoretičnih modelov, uveljavljenih strokovnih standardov in negovalnih diagnoz (Hribar, 2009).

##### **a) Zgodnje postoperativno obdobje**

Pacientu že v operacijski sobi namestijo prvi set pripomočkov, ki je sterilen in lahko pokriva del operativne rane. Po operaciji je stoma rožnate barve in opazno je peristaltično valovanje. Uporabimo mehko kožno podlogo in prozorno vrečko z izpustom, lahko uporabimo enodelni

ali dvodelni sistem pripomočkov s posebnim obročem, da pri pritrditvi ne pritiskamo na trebuh. Dokončno obliko in velikost stoma dobi po osmih tednih. Stoma se vraste in edem se zmanjša. Takoj po operativnem posegu opazujemo prekrvavitev stome in njeno okolico. Izločanje se prične pri ileostomi od drugega do petega dne, pri kolostomi pa od tretjega dne do enega tedna. Zanimajo nas tudi spremembe v izločkih, kot so količina, barva, vonj in primesi sluzi in krvi. Vsa odstopanja skrbno zabeležimo (Tomc-Šalamun, 2007).

V tem obdobju pacienti s stomo potrebujejo veliko telesne in psihične podpore medicinske sestre ET. V tem času so pri pacientih še vedno prisotne pooperativne bolečine, ki onemogočajo začetek učenja samooskrbe in vplivajo na samostojno izvajanje nekaterih življenjskih aktivnosti. Iz istega razloga si ti pacienti tudi v bolnišnici niso sposobni zapomniti vseh informacij in navodil, ki jih tam dobijo. Po prihodu v domače okolje se pri njih pojavi še zmanjšan občutek varnosti, ki jim ga v bolnišnici daje stalna prisotnost medicinskega osebja. To je tudi obdobje, ko se pacienti s stomo šele začnajo spopadati z diagnozo svoje bolezni in njenimi posledicami (Petek, 2011).

Prve dni po operaciji pacient ni sposoben sodelovati pri oskrbi stome. V tem času je pacient popolnoma ali delno odvisen od medicinske sestre pri vseh življenjskih aktivnostih. Medicinska sestra mora poznati pacientove potrebe, pozorna mora biti na besedno in nebesedno komunikacijo. Življenjske aktivnosti, pri katerih pacient s stomo potrebuje zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre, so: prehranjevanje in pitje, izločanje in odvajanje, skrb za čistočo, skrb za varnost, komuniciranje, izražanje čustev, potreb in mnenj, opravljanje koristnega dela, rekreacija in učenje. Kdaj bomo pričeli z učenjem pacienta o negi stome, se odločimo glede na starost, pripravljenost na sodelovanje in njegovo sposobnost dojetja. Če pacient ni sposoben negovati stome (starost, invalidnost, druge bolezni), moramo naučiti nege nekoga od svojcev (Jeraj Uršič, 2004).

#### **b) Pozno pooperativno obdobje**

Zdravstvena nega poznega pooperativnega obdobja zajema postopno vključevanje pacienta v zdravstveno nego in oskrbo njegove stome do stanja, da se bo sam negoval. Pacienta se v proces učenja zdravstvene nege vključi približno tretji do četrti dan po operaciji, oziroma ko je zato sposoben (Hribar, 2009).

Pacient prvotno le opazuje medicinsko sestro pri negi stome. Kasneje pa aktivno sodeluje in pridobiva informacije o rokovanju s pripomočki. Preden je odpuščen v domačo oskrbo pa mora, če je le mogoče, samostojno obvladati rokovanje s pripomočki (Tomc-Šalamun, 2007). V proces zdravstvene nege se z dovoljenjem pacienta vključijo svojci oziroma ožji člani družine (partner, otroci). Družinski člani imajo pomembno vlogo pri starejših pacientih, slabovidnih ali drugače invalidnih. Pri majhnih otrocih se oskrbe stome učijo starši ali skrbniki. S tem se prične tudi rehabilitacija pacienta. Princip zdravstvene nege stome je pri vseh stomah enak. Osnovni namen je preprečevanje izločkov stome in ohranjanje suhe, čiste in zdrave kože v okolici stome. Samo s skrbno nego, čistočo in pravilno izbiro vrečk se preprečijo okvare kože. Pripomočki za nego stome, ki so danes na voljo, zagotavljajo varnost in udobje pri nošenju (Hribar, 2009).

## **4.5 Nega in oskrba črevesnih stom**

Pomembno je, da dobro poznamo način oskrbe in nego stome, ki je individualno prilagojena pacientu. Nega in oskrba stome je lahko enostavna ali pa zapletena. V Sloveniji imamo na voljo različne proizvajalce pripomočkov, kot so ConvaTec, Dansac, Hollister in Coloplast z Danske, ki je med prvimi oblikoval vrečko za zbiranje črevesne vsebine. Kasneje je Bristol Mayers-Squibb izdelal hidrokoloidno oblogo – Stomahesive, ki je zaradi naravnih sestavin še danes najpomembnejši sestavni del kožnih podlog (Zima, 2005). Pripomočki za oskrbo stome so prilagojeni za posamezno vrsto izločalnih stom in so odvisni od gostote in vrste izločka. Pripomočki omogočajo zbiranje izločkov iz stome, ščitijo kožo v okolici stome ter so enostavni za uporabo (Štemberger-Kolnik in sod., 2013).

### **4.5.1. Delitev pripomočkov za oskrbo stom**

Pripomočke za oskrbo stome delimo na pooperativni set, ki je sterilno pakiran in se ga namesti takoj po operaciji. Izgled je prozoren in ima okno, ki omogoča lažje opazovanje in dostop. Enodelni sistem vsebuje vrečko s kožno podlogo in se odstrani ali namesti v celoti. Vrečka je lahko brez izpusta in se odstrani kot celota, ko je napolnjena do ene tretjine, medtem ko enodelni sistem z izpustom praznimo, ko se napolni do polovice. Odprtine so lahko že izrezane

v standardni velikosti ali pa se prilagodijo glede na velikost stome z izrezovanjem (Štemberger-Kolnik in sod., 2013). Dvodelni sistem je sestavljen iz dveh delov kožne podloge in vrečke. Kožna podloga ostane na koži tri do štiri dni, vrečke pa menjavamo po potrebi. Ravna kožna podloga je lahko z različnimi premeri obročkov ali pa ima lepilni del podloge, na katerega se namesti vrečka (Zima, 2005). Izbočena ali konveksna podloga preprečuje zatekanje črevesne vsebine pod kožno podlogo in se uporablja pri ugreznjenih stomah. Vrečke zbirajo črevesno vsebino in so prilagojene vrsti stome. Vrečke brez izpusta se uporablja pri stomah, ki izločajo bolj čvrsto blato. Imajo vgrajen filter, ki nevtralizira neprijetne vonjave. Vrečka z izpustom je primerna za črevesno vsebino, ki je bolj kašasta ali tekoča. V spodnjem delu ima odprtino z različnimi varovalnimi zapirali, ki omogočajo praznjenje. Irigacijski set je namenjen pacientom, ki imajo končno kolostomo in nimajo težav s stomo, kljub temu se glede njegove uporabe morajo prej posvetovati z zdravnikom operaterjem. Prvo irigacijo izvede ET. Pripomoček omogoča izpiranje črevesne vsebine iz stome. S pomočjo vode si pacient izpere črevo v posebno zbiralno vrečko. Pacientu omogoča kontrolo nad izločanjem črevesne vsebine. Z irigacijo dosežemo izpraznitev črevesa, kar pomeni, da stoma ne izloča blata 24–48 ur, prvih 12 ur tudi plinov ne. Na stomo namestimo stoma kapo ali stomalni čep (Štemberger-Kolnik in sod., 2013). Kakovost življenja se lahko pri pravilni rabi irigacije in stomalnih čepov bistveno izboljša (odsotnost neprijetnega vonja, večja diskretnost, večja samozavest) (Tomažič in Belna, 2010).

Poleg naštetih pripomočkov poznamo še posebne pripomočke, kot je zatesnitvena pasta, ki omogoča boljšo namestitev kožne podloge in preprečuje iztekanje izločkov na kožo ter jo ščiti. Njen namen je zapolnitev kožnih gub in neravnih površin na koži v okolici stome. Poliuretanski film za zaščito kože tvori tanko zaščitno plast, ki izboljšuje lepljivost kožne podloge. Uporablja se tako na zdravi kot na poškodovani koži. Posip naneseemo na očiščeno poškodovano kožo v okolici stome. Odvečno količino narahlo odstranimo ali spijamo ter namestimo kožno podlogo. Pas nudi dodatno varnost nameščenega pripomočka. Stoma kapa in stomalni čep se uporabljata pri irigaciji. Stoma kapa je manjša vrečka, ki pokriva, ščiti in prestreza pline iz stome. Stomalni čep se vstavi v stomo (Štemberger-Kolnik in sod., 2013).

#### **4.5.2. Nega in oskrba izločalnih stom**

Pacient se že v bolnišnici nauči nege in oskrbe stome. Stomo in kožo okrog nje neguje z blagim milom in vodo. Pripomočke za nego in oskrbo si pripravi že vnaprej (izreže kožno podlogo, primerno velikosti stome ...). Pri odstranitvi pripomočka smo pozorni, da ga odstranimo od zgoraj navzdol, saj s tem preprečujemo poškodbe kože v okolici. Ko čistimo kožo, skrbno odstranimo ostanke lepila in paste s posebnimi čistilnimi robčki. Redno odstranjujemo dlake v okolici stome. Ob vsaki menjavi skrbno opazujemo spremembe. Okolico stome dobro osušimo in namestimo natančno izrezano kožno podlogo. Če izrežemo prevelik izrez, poškodujemo kožo ob stomi, premajhen izrez pa poškoduje sluznico stome. Zapolnitveno pasto uporabljamo pri izravnavi in zapolnitvi kožnih gub na koži ali ob stomi. Če poškodovana koža rosi, uporabimo posip za stome ali poliuretanski film v razpršilu. Za hitrejše in boljše lepljenje segrejemo kožno podlogo na telesno temperaturo. Segrejemo jo z rokami in nato namestimo vrečko ali enodelni pripomoček. Pomembno je, da pacient spremlja režim izločanja in značilnosti izločanege blata ter ob zaznanih odstopanjih in zapletih ustrezno ukrepa (Štemberger Kolnik in sod., 2013).

Ležalne dobe po operaciji so vedno krajše, zato pacienta s stomo čim prej začnemo učiti, kako zamenjati pripomoček za nego in oskrbo stome. Medtem ko demonstriramo potek rokovanja, kako zamenjati pripomoček, pacientu s stomo razložimo korak po korak in svoja navodila utemeljimo. Vse pripomočke zberemo na enem mestu, da so pri roki v primeru, da se iz stome nenadoma izloči črevesna vsebina. Pripravimo si enodelni ali dvodelni sistem pripomočkov, zaponko (če je potrebna), gazo, toplo vodo, mehke papirnate brisače, škarje, svinčnik, vrečko za odpadke, merilec kožne podlage, zaščitno podlogo, ogledalo za opazovanje pri postopku in posebne pripomočke (posip v prahu). Pacientu povemo, naj ne uporablja otroških vlažilnih robčkov, saj vsebujejo olja, ki onemogočajo kožni podlogi, da se prilepi. Za lažje rokovanje s pripomočki si pred menjavo pacient izprazni vrečko. Počasi in nežno odstranimo pripomoček tako, da kožo tiščimo navzdol in vlečemo od zgoraj navzdol. Pregledamo obrabo pripomočka. Očistimo stomo in peristomalno kožo s toplo vodo in z gazami. Ocenimo status stome, obliko, barvo, teksturo in velikost izbokline stome. Ocenimo tudi status peristomalne kože, njeno barvo in morebitna odstopanja stome od peristomalne kože. Opazujemo tudi črevesno vsebino, njeno barvo, količino in konzistenco. Pri namestitvi kožne podlage opozorimo pacienta, da mora dobro tesniti stomo oziroma da peristomalna koža ne sme biti izpostavljena črevesni



vsebinsi, razen če proizvajalec pripomočka zahteva drugače. Uporabimo svinčnik in označimo velikost stome na kožni podlogi. Izrežemo željeno velikost, tako da pokrije in varuje peristomalno kožo. S pripomočka odlepimo zaščito za lepilo in namestimo kožno podlogo okrog stome. Z nežnim pritiskom tiščimo podlogo na trebuh približno eno minuto. Z nežnim pritiskom in s telesno temperaturo omogočimo, da se kožna podloga zlepi s kožo. Če uporabljamo dvodelni sistem, ga varno namestimo. Pripomoček zapremo z zaponko ali z nameščenim varovalom na vrečki. Nadaljujemo z nežnim pritiskom pripomočka na trebuh še nekaj minut in pri tem pazimo, da ne prepogibamo pasu (Bak, 2008).

#### **4.5.3. Pripomočki in oskrba pacientov s stomo v preteklosti**

Oskrba pacientov s stomo v preteklosti je bila skromna, prav tako so bila skromna znanja s področja zdravstvene nege pacienta s stomo. Usmerjenost zdravstvene nege je bila ozka, predvsem glede same nege stome. Pacientom s stomo ni bilo odobreno zdraviliško zdravljenje (kopanje v kopelih, bazenih zaradi izločkov ni bilo dovoljeno, ker takrat še niso imeli sodobnih vrečk za stomo). Prepovedana so bila razna živila, prav tako rekreacija, o spolnosti se ni govorilo. Invalidska upokojenost je bila pogosta praksa (Batas, 2006–2007). Zdravniki so odsvetovali zanositev ženskam s stomo (Batas, 2011).

Težave z oskrbo oziroma nabavo ortopedskih pripomočkov, tudi osnovnih, kot sta kožna podloga in zbiralna vrečka, so bile nepopisne, materiali so bili iz uvoza, ponje je bilo treba čez mejo, pacienti s črevesno stomo in njihovi svojci so se srečevali s problemi s carino, prenosom deviz čez mejo in z visoko nabavno ceno, ki s strani zdravstvene zavarovalnice ni bila v celoti povrnjena. Na področju socialne sprejemljivosti stome se je dogajalo marsikaj. Ljudje so dnevno doživljali poniževalne situacije celo v domačem okolju in ni jih bilo malo, ki so svojo »sramoto« skrivali celo pred najbližjimi svojci ali prijatelji. Kako tudi ne, saj življenje brez pripomočkov za stomista pomeni obup in izolacijo (Klemenc, 2009).

Zgodovina pripomočkov za oskrbo stome ne sega daleč v preteklost. Do prve polovice 20. stoletja so se v Nemčiji uporabljale posode iz grobih, koži neprijaznih materialov kot so guma, metal, steklo in porcelan. Pripomočki so bili umazani, saj so jih večkrat uporabljali, niso zadrževali neprijetnega vonja in so bili vidni pod obleko. Ti pripomočki so slabo tesnili, zato je prihajalo do iztekanja izločkov. Po drugi svetovni vojni so bili pripomočki za oskrbo stome

iz plastičnih materialov oziroma vrečka je bila iz pvc materiala povezano s pasom, ki se je namestil okoli pasu (Stomaatje, 2005). V Sloveniji do druge polovice prejšnjega stoletja pripomočkov za zdravstveno nego stome ni bilo, stoma se je preprosto pokrivala z gazo, staničevino in vato. Prva pobuda za izdelavo vrečke je bila v svetu podana s strani medicinske sestre Sorenson na Danskem leta 1957, danes pa praktično povsod, tudi pri nas, obstajajo vsi pripomočki za nego stome številnih proizvajalcev (Valcl, n. d.). To je bil prvi pripomoček za oskrbo stome proizvajalca Coloplast z Danske v letu 1957. Velik korak na področju razvoja pripomočkov za zdravstveno nego stome je bil tudi razvoj hidrokoloidne paste proizvajalca ConvaTec iz Anglije leta 1964, ki je bila tudi osnova za razvoj kožnih podlog iz hidrokoloidne mase (Oberstar in Zima, 2009). Nekateri pacienti so si v tujini nabavili pas rudo. Ta se je namestil okoli pasu, izločki pa so se zbirali v pvc – vrečko, ki je bila nameščena preko gumijastega obročka. S tem pripomočkom se je izloček lahko zbiral v vrečko, vendar pa ni nudil zaščite okolne kože. Ravno tako ni varoval pred neprijetnim vonjem (Batas, 2016). V podjetju Bristol-Mayers Squibb iz Velike Britanije so tako na pobudo dr. Jeamsa Chaena, priznanega angleškega gastroenterologa, razvili pasto Orabase za zaščito kože na trebuhu po operacijah, katerih izid so bile stome, ki so bile posledica ulceroznega kolitisa. Vsi sodobni pripomočki za oskrbo stome temeljijo na hidrokoloidni osnovi. To pomeni, da se pripomočki dobro lepijo s kožo, ne povzročajo alergij in poškodb kože, torej so prijazni za nošenje. Prva kožna podloga na tej osnovi je bila predstavljena leta 1972. Leta 1977 je proizvajalec Bristol-Mayers Squibb predstavil revolucionarni dvojni sistem, sestavljen iz kožne podloge in vrečke, kjer podloga ostaja nameščena do nekaj dni in se menja le vrečka. Izboljšan je tudi enodelni sistem, kjer je hidrokoloidna podloga sestavni del vrečke in se odstrani, ko je le-ta polna. Vrečke so lahko zaprte ali na izpust za črevesno vsebino. Novo veliko spremembo ali bolje rečeno višjo kakovost pri zdravstveni oskrbi stom doprinese »Konvex«. To so vbočene podloge, ki jih prvi predstavijo pri proizvajalcu Marlen in so namenjene oskrbi ugreznjenih stom, ki so lahko velik negovalni problem. Po letu 2002 se za uporabo oskrbe črevesnih stom pojavi še izboljšani dvodelni sistem, ki ima združene prednosti enodelnega in dvodelnega sistema. Izboljšava je pri namestitvi oziroma pritrditvi vrečke na kožno podlogo. Obroček nadomesti področje lepljenja, zaradi česa je pripomoček bistveno bolj diskreten in hkrati omogoča menjavo vrečk brez odstranitve kožne podloge (Oberstar in Zima, 2009). Včasih so bili pripomočki za nego stome pri otrocih neprimerni, ker so bili na voljo le tisti za stome pri odraslih. V zadnjih letih so proizvajalci prisluhnili potrebam na tržišču in je vedno več

ustreznih pripomočkov za otroke. Na voljo imamo enodelne in dvodelne sisteme (Gavrilov, 2006–2007).

## **4.6 Vloga enterostomalnih terapevtov v ETH**

ETH v Sloveniji se je pričela razvijati od leta 1978 dalje. Začetki so bili skromni, tako glede posebnih znanj glede zdravstvene nege pacientov s stomo kot tudi glede ponudbe pripomočkov za nego stome. Z entuziazmom so se medicinske sestre pričele posvečati tej veji zdravstvene nege, ki se je zelo razširila s področja zdravstvene nege pacienta s stomo na področje zdravstvene nege pacienta z inkontinenco in s kronično rano. Z aktivno udeležbo tako na svetovnem kot tudi na evropskem nivoju so razvile stroko zdravstvene nege, ki je konkurenčna v svetovnem merilu. Ustanovile so tudi šolo za ET v Sloveniji, ki poteka vsaka štiri leta. Tako so omogočile razvoj kakovostne zdravstvene nege s področja ETH (Batas, 2006–2007).

Ko pacientu potrdijo diagnozo rak, se le-ta osredotoči na svojo diagnozo, operativni poseg in na terapijo, jo bo prejel po posegu. Ne daje pa toliko poudarka na stomo, ki je posledica operacije in jo bo mogoče imel do konca življenja. Pacientu moramo razložiti, naj na stomo gleda kot na svojevrsten način terapije, ne glede na zdravljenje. ET imajo veliko vlogo in vpliv, kako bodo pacient in svojci sprejeli nastale spremembe (Madžić, 2011).

### **4.6.1. Vloga medicinske sestre – ET v ETH**

ET je diplomirana medicinska sestra, ki s funkcionalnim izobraževanjem pridobi kompetence za izvajanje zdravstvene nege in oskrbe pacienta z alternativnimi možnostmi izločanja in odvajanja, ki jih ponuja sodobna znanost v zdravstvu. Usposobljena je za oblikovanje individualnega načrta zdravstvene nege, ki predstavlja individualen pregled pacientovih potreb, na podlagi katerih se odloča in individualno določa vrsto in količino pripomočkov. ET kontinuirano spremlja pacienta od prihoda v bolnišnico do odhoda v domače okolje, sproti spremlja spremembe pacientovih potreb in razrešuje morebitne težave in zaplete, se prilagaja pacientovim posebnostim in upošteva posebnosti ranljivejše skupine pacientov (starostnik, mladostnik, otrok, nosečnica ...) (Petek in sod, 2014).

Vloga ET v bolnišnici je tesno povezana z osnovnimi cilji zdravstvene nege. Vizija kakovostne zdravstvene nege temelji na doseganju ciljev, ki jih lahko izmerimo. Izvaja se na osnovi procesa zdravstvene nege z ugotavljanjem pacientovih potreb, negovalnega problema, načrtovanjem in izvajanjem negovalnih postopkov ter z vrednotenjem stopnje doseganja ciljev (Gavrilov, 2006–2007).

Obravnava pacienta s stomo zajema fizično, psihično in socialno oskrbo. Pacientu s stomo moramo v najkrajšem možnem času omogočiti samostojnost in mu pomagati do čim višje kvalitete življenja. Fizična oskrba je nujna in neobhodna, koliko je pacient deležen psihične in socialne podpore, pa je odvisno od strokovnosti, čuta odgovornosti, volje in zavzetosti celotnega negovalnega tima. Ta naj bi pacienta s stomo obravnavala sistematično po procesu zdravstvene nege, vse postopke dokumentirala in zagotovila kontinuiteto obravnave pacienta s stomo tudi zunaj bolnišnice. Cilj je v čim krajšem času omogočiti pacientu s stomo neodvisnost in mu pomagati doseči čim višjo raven dobrega počutja (Zver, 2004).

Pri vlogi medicinske sestre ne smemo pozabiti na zdravstveno-vzgojno delo, in sicer kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Načelo V. se glasi: »Medicinska sestra je dolžna delovati zdravstveno-vzgojno. Zdravstvena vzgoja je ena njenih temeljnih nalog.« Zdravstvena vzgoja je permanenten proces, ki spremlja človeka od spočetja, prek nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odrasčanja do odraslosti in starosti. Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni je namenjan pacientom, invalidom in njihovim svojcem. Z zdravstveno vzgojo želimo posameznika usposobiti za polno, bogato življenje z obstoječim osnovnim obolenjem (Jeraj Uršič, 2004).

Informacije posredujemo z zdravstveno-vzgojnim delom, ki temelji na učinkovitem in individualnem svetovanju, kar pomeni, da pacientu s stomo svetujemo tako, da mu pomagamo, ne da bi pri tem vzbudili strah, krivdo ali občutek manjvrednosti. Individualnost je potrebna tudi zato, ker je vsaka stoma, tudi ko gre za izpeljavo enakega dela črevesa na enak način, pri vsakem človeku edinstvena kreacija kirurga. Medicinska sestra ET mora zato pacienta in njegovo stomo najprej spoznati. Nato na podlagi spoznanj in ugotovitev za vsakega človeka posebej oblikuje negovalne diagnoze in izvaja svoje delo postopoma po načinu, ki ga ponuja proces zdravstvene nege. Različne oblike stom se razlikujejo tudi po zahtevnosti negovanja (Petek, 2011).

Dobro komuniciranje je eden od pogojev za uspešno zdravljenje in svetovanje, predvsem pri pacientu s kronično boleznijo. Pacient in zdravstveni delavec komunicirata, kar pomeni, da oba pošiljata in sprejemata informacije, s katerimi nato vzpostavljata in gradita medsebojni odnos. Če je komuniciranje uspešno, je vzpostavljen uspešen terapevtski odnos, ki vodi k obvladovanju obolenja in višji kakovosti pacientovega življenja. Tako terapevtski odnos postane zdravilen in omogoča višjo kakovost pacientovega življenja (Štemberger Kolnik in sod., 2009).

Rehabilitacija pacienta s stomo je proces, ki se lahko razdeli v tri stadije. Prvi je diagnostika, ki zajema primarno diagnozo, potrditev preverjene diagnoze in odločitve o nadaljnjem zdravljenju ter ustrezno informiranje pacienta. Drugi je kirurška procedura, ki zajema hospitalizacijo pacienta, pripravo pacienta na operativni poseg ter postoperativno nego. Tretji je obdobje okrevanja, kjer spremljamo pacienta po odpustu iz bolnišnice na rednih kontrolah, mu nudimo psihično podporo in vključevanje v socialno okolje. Pacient se mora sprijazniti s svojim novim izgledom in novim načinom življenja. Rehabilitacija je proces, ki je individualen in nanj vplivajo mnogi dejavniki. Sama nega stome je enostavna in zanjo je potreben le čas, da jo pacient obvlada. Bolj velik problem se pojavlja, ko se pacient vrne v socialno okolje in se mu porajajo številna vprašanja, na katera nima odgovora (Madžić, 2011).

Pred odhodom pacienta v domače okolje se z njim pogovorimo o prehrani, oblačenju, športu in spolnosti ter ga seznanimo z izkaznico, ki vsebuje podatke o vrsti stome in pripomočkih, ki jih uporablja, ime kirurga in ET z njunima telefonskima številka. Prejme tudi naročilnico za pripomočke in povemo mu, kje si jih lahko priskrbi. Obvestimo tudi patronažno sestro, ki ga bo spremljala doma (Zver, 2004). Prav tako se pacienta seznani z delovanjem ambulate za paciente s stomami, društvom ILCO in združenjem Češnjev cvet. O vsem tem pacient pred odhodom domov dobi tudi pisna navodila. Zavedati se mora, da ni prepuščen sam sebi in da se lahko vsak trenutek zateče po pomoč k medicinski sestri ET ali zdravniku (Hribar, 2009).

Po odhodu iz bolnišnice stremimo k dobri rehabilitaciji pacienta. Želimo si zadovoljno in aktivno življenje po ozdravitvi, da pacient čustveno sprejme svojo drugačnost. Pravilna izbira pripomočkov za nego in oskrbo stome naj bi mu omogočila svobodo gibanja, kopanje, športno aktivnost, predvsem pa higiensko varnost. Pacient mora dobro spoznati svoje izločevalne navade in stil ustreznega prehranjevanja, da ga le-to pri vsakodnevnih aktivnostih ne ovira (Grabar, 2002).

Pacienti s stomo se po operaciji v prvi vrsti srečujejo s skrbmi glede nege in oskrbe stome, več pozornosti namenjajo prehrani, skrbi jih tudi, kako bo glede aktivnosti, oblačenja ... Vse to so nujne temeljne življenjske aktivnosti, ki so pogoj za optimalno, dokončno rehabilitacijo. Vrsti in načinu prehranjevanja se pacienti s stomo običajno začnejo posvečati po operaciji. Vzroki za to se kažejo tako v želji po ohranjanju zdravja kot tudi spoznavanju lastnega telesa in s tem delovanju stome ob uživanju različnih živil. Poznavanje delovanja živil na prebavni sistem je pacientom s stomo pomembno zaradi lažjega vključevanja v ožjo in širšo okolico. To jim omogoča boljše sprejemanje njihove nove podobe. Pacienti s stomo se, zaradi spremenjene telesne podobe in samega mesta stome, pogosto srečujejo s spremembami v načinu oblačenja. Vzroki za to so tako fizične kot psihične narave. Aktivnosti prehranjevanja in oblačenja sodita med osnovne fiziološke potrebe, ki sta glede na hierarhijo potreb (teorija Abrahama G. Maslowa) na prvem mestu. Tudi teoretični model zdravstvene nege Virginie Henderson, ki izhaja iz osnovnih človekovih potreb, definira temeljne življenjske aktivnosti, pri katerih sta tudi prehrana in oblačenje. V okviru življenjskih aktivnosti medicinska sestra samostojno načrtuje zdravstveno nego in ukrepa. Medicinska sestra tako igra pomembno vlogo pri usposabljanju pacienta s stomo za samooskrbo tudi glede aktivnosti prehranjevanja in oblačenja. V okviru teh dveh aktivnosti so pomembni pomoč pri izvajanju aktivnosti, učenje pacienta s stomo glede pravilne, zdrave prehrane ter njenih učinkov na prebavni sistem, svetovanje glede izbire primernih oblačil ter vseskozi predvsem psihična podpora in motivacija pacienta s stomo za samooskrbo. Zadovoljevanje potreb po osnovnih življenjskih aktivnostih je pomembno za zadovoljevanje ostalih psihičnih in socialnih potreb in je pogoj za kakovostno rehabilitacijo pacienta s stomo (Batas, 2009).

#### **4.6.2. Vloga patronažne medicinske sestre –ET v ETH**

Vloga medicinske sestre ET v patronažnem varstvu je mnogo širša, kot če bi delovala samo kot specialistka na svojem področju. Žal to v patronažnem varstvu ni možno in zato obravnava poleg pacientov s področja ETH še vse ostale paciente, družino, komuno. Svoje poslanstvo opravlja z izvajanjem patronažne zdravstvene nege, s preventivno dejavnostjo, z edukacijo pacientov, svojcev in ostalih članov tima. Igra pomembno, ključno vlogo pri dokončni rehabilitaciji pacienta, družine in tudi komune. Globalni cilj zdravstvene nege v patronažnem

varstvu in s tem tudi ETH je v usposabljanju posameznika in družine za samooskrbo v okviru danih psihofizičnih in socialnih možnosti v domačem okolju.

Patronažna medicinska sestra ET izvaja polivalentno zdravstveno varstvo, torej izvaja zdravstveno-socialno obravnavo posameznika in družine, zdravstveno nego otročnice in novorojenca ter zdravstveno nego pacientov. Njeno delo ne zajema samo področja ETH v ožjem pomenu. Njena naloga je, poleg izvajanja zdravstvene nege s stomo, z inkontinenco, s kronično rano, predvsem v edukaciji ostalih članov zdravstveno-negovalnega tima (Batas, 2006–2007).

#### **4.7 Kakovost življenja pacientov s stomo (stomistov)**

Svetovna zdravstvena organizacija definira kakovost življenja kot posameznikovo dožemanje položaja v okolju in sistemu vrednot okolja, v katerem živi, ter v povezavi s cilji, pričakovanji, z merili in s skrbmi. Na kakovost vpliva več dejavnikov. Najpomembnejši je vpliv fizičnega in psihološkega zdravstvenega stanja, osebnega prepričanja, socialnih ter medsebojnih odnosov in povezave z okoljem. Kakovost življenja predstavlja pomembno sfero na področju človekovih posebnih potreb. Vseh pet temeljnih področij človekovega delovanja, kamor sodijo sposobnost poslušanja, prostega gibanja, govorjenja in učenja, predstavlja homogeno, nedeljeno celoto. Največja vrednota za kakovost življenja je zdravje. Vsak posameznik lahko in mora narediti vse za čim boljše ravnotežje fizičnih, psihičnih in socialnih faktorjev, ki vplivajo na kakovost življenja. Na kakovost življenja ima močan vpliv tudi zmožnost samostojnosti v vsakdanjem življenju, zato je zdravstvena nega kot stroka zlasti pri bolnih, oslabelih in poškodovanih zelo pomembna. Za kakovost zdravja in življenja posameznika ter celotne družbe je pomembna še družina, ki predstavlja fenomen zdravstvene nege in se nanaša na pomembne druge pojave s specifičnimi značilnostmi: medosebni odnosi, povezave ali vplivi, kjer družina živi in se razvija (Jelovčan, 2004).

Človek ni samo telesno bitje. Ko zboli organ oziroma telo, se poruši celotno psihično, čustveno, duhovno in družabno ravnovesje osebe. Zadovoljevanje osnovnih človekovih potreb je moteno. Vedenje človeka postane neučinkovito (Maslo, 2000). Poleg telesnih težav ima človek med okrevanjem po hudi bolezni veliko opravka s svojim čustvovanjem. Predvsem se bori s čustvi razočaranja, jeze in strahu. Sprašuje se, zakaj se je moralo vse to dogoditi ravno

njemu, jezen je na usodo, strah ga je, ali se bo bolezen ponovila, kako se bo znašel v življenju, kako ga bodo sprejeli bližnji in znanci in podobno. Človeku s takimi težavami zgoz razumevanje in čustvovanje ne pomagata prav veliko. Naučiti ga moramo, da bo na čustva, ki ga prevzamejo, znal vplivati, predvsem s spremembo vedenja. Aktivno vplivanje na svoje življenje omogoča boljše zadovoljevanje potreb. Zadovoljene potrebe pa izboljšajo počutje. Človek, ki se bolje počuti, je bolj vitalen in bolj zadovoljen s svojim življenjem (Zaletel, 2000).

Človek je v enkratno osebnost združena celota, ki je sposobna ne samo nadomestiti manjkajoči element, ampak ustvarjati novo kakovost, ki jo gradijo izkušnje, nove pobude. Manjkajoči del je lahko pri pacientu vzrok neobvladljivega stresa, lahko pa izziv za poglobljeno zavedanje sebe in življenja, videnje novih perspektiv, iskanje drugačnih vrednot. Človek izbira sam, svet okrog njega pa mu pomaga pri izbiri. V tem svetu so najpomembnejši zdravstveni delavci (s strokovno, z občutljivo in diskretno obravnavo vsakega posameznika, saj mu s tem najzanesljiveje damo občutek varnosti ter mu omogočimo ponovno in hitrejšo vključitev v normalno življenje), družina, najbližji, delovno okolje in posredno vsi prebivalci tega planeta (Frangež, 2000).

V slovenskem prostoru imamo malo ambulant, namenjenih samo ljudem s stomo, pa vendar veliko v primerjavi z drugimi državami. Imamo 69 ET, ki delujejo v bolnišnicah in na terenu; nekatere od teh sicer nimajo več neposrednega stika z ljudmi s stomo. To nas napeljuje k razmišljanju, ali imajo stomisti kljub velikemu številu usposobljenih strokovnjakinj dovolj strokovne obravnave s strani zdravstvenega osebja. S pravočasnim in ustreznim informiranjem ter z učenjem stomistov lahko medicinske sestre pripomoremo k hitrejšemu vključevanju posameznikov v vsakdanje življenje. Dobra in popolna informacija, podprta s pacientu primernimi učnimi pristopi, je lahko sredstvo, s katerim pomagamo stomistu dvigniti samopodobo. Gre za usmeritev na uporabnika, problemsko situacijo in življenjske perspektive, ki jih dopolnjuje refleksija postopkov profesionalnega ravnanja. Usmerjenost ET na stomista obeta odmik od birokratsko-administrativnih pomoči, saj intervencije razume kot prispevek za obvladovanje vsakdana uporabnika. Pri zdravstveno-vzgojnem delu s stomisti v bolnišnici ali na domu je treba upoštevati, da se pri njih ne pojavljajo težave samo na telesni ravni, kot so odvajanje blata ali urina na trebušni steni, ampak tudi pri sprejemanju spremenjene telesne podobe. Zato sta pri delu z njimi še posebej pomembni verbalna in neverbalna komunikacija, z upoštevanjem njihove čustvene obremenjenosti in s spoštovanjem človekovega dostojanstva.



Avtorji navajajo, da je v sodobni medicini razširjen pogled, da je odnos med zdravstvenimi delavci in pacienti odnos medsebojne odprtosti, kjer naj bi zdravstveni delavci dopustili pacientom, da spregovorijo o svojih problemih glede na svoje lastne prioritete. Vloga zdravstvenih delavcev v pogovoru je izvajanje dveh spretnosti – strokovne in komunikacijske (Štemberger in sod., 2008). Aktivna udeležba in sodelovanje zahtevata od strokovnjaka izostren občutek, da se znova in znova prilagaja posamezniku in njegovemu položaju. Ta razsežnosti dela z uporabniki odvzema strokovnjakom moč odločanja. Zahteva usmerjenost v skupno akcijo in ne v spreminjanje posameznika. Z aktivno participacijo uporabniki (stomisti) z uveljavljanjem diskurza pravic, opolnomočenja, normalizacije in konstruktivistične orientacije postajajo aktivno, enakopravno in soodgovorno udeleženi v interakciji s strokovnjakom (Kobolt in Rapuš Pavel, 2006).

Kakovost življenja je širok pojem, ki ga je potrebno spremljati in vrednotiti z različnih vidikov. Katere spremenljivke vplivajo na kakovost življenja pacienta s stomo? Mnogi strokovnjaki, ki raziskujejo kakovost življenja s stomo, se pogosto osredotočajo na iste oziroma podobne telesne, psihične in socialne vidike. Med pogosto proučevanimi fizičnimi vidiki so izpostavljene aktivnosti spanja, oblačenja, prehranjevanja, osebne higiene, gibanja, spolnosti. Med psihičnimi vidiki je pogosto izpostavljeno sprejemanje spremenjene telesne podobe ter strah pred življenjsko ogroženostjo zaradi bolezni. Raziskovanje socialnega vidika posega na področje vključevanja pacientov v družino, delovno okolje in družbo (Bavčar in Škrabl, 2009).

Iz literature je razviden raznolik vpliv stome na kakovost življenja. Upoštevati je potrebno dejstvo, da ima stoma pri pacientih, ki prej niso imeli zdravstvenih težav, negativen vpliv na kakovost življenja, nasprotno pa stoma pri pacientih s kroničnimi boleznimi pomeni dvig kakovosti življenja in pri pacientih z rakom celo možnost preživetja. »Kako se bo posameznik soočil s procesom spreminjanja ter kakšen bo končni izid, je odvisno od številnih dejavnikov, predvsem od njegovih virov in načinov spoprijemanja. Viri so tisto, kar posameznik ima, medtem ko so načini spoprijemanja tisto, kar posameznik naredi – konkretna prizadevanja, da se spoprimejo z življenjskimi pritiski, s katerimi se srečujejo« (Horvat, 2003). Hassan in Cima (2007) navajata, da je kakovost življenja »nespecifičen pojem, ki poskuša definirati vpogled v vse elemente človekovega življenja«. Navajata trinajst glavnih področij kakovosti življenja, orientiranih v zdravje: fiziološko stanje organizma, življenjska vloga, prisotnost znakov bolezni, sprejetost v družini, finančno stanje, intimni odnosi in spolnost, zadovoljstvo z oskrbo,

stranski učinki zdravljenja, medsebojni odnosi v procesu zdravljenja, duhovnost, čustveno odzivanje, vključevanje v družbo in ugodnost prognoze bolezni.

Kakovost življenja ima toliko pojavnih oblik, da skoraj v vsakem trenutku življenja in v vsakem okolju lahko govorimo o drugačni kakovosti. Objektivno merjenje in subjektivno ocenjevanje kakovosti življenja sta lahko zelo različna. Kakovost življenja lahko merimo na več načinov. Izbori konceptov in načinov merjenja so tesno povezani s cilji družbenega razvoja in z zaznavami o tem, kaj so kakovostni življenjski pogoji in kdo je dolžan skrbeti za to, da bodo viri za doseganje le-teh dostopni čim širšemu krogu ljudi (Tomc Šalamun, 2009). Kolikšna je v posameznem primeru kakovost življenja, se ugotovi tako, da se preveri, v kolikšni meri so izpolnjeni splošni pogoji za zadovoljnost, pri čemer splošne pogoje zadovoljnosti izražamo s pojmom potrebe. Splošni pogoji za posameznikovo zadovoljnost so izpolnjeni takrat, ko so nasičene njegove potrebe (Antončič in Boh, 1991). Pomembno vlogo v človekovem zadovoljstvu imajo tudi želje. Človeške potrebe so specifične in omejene, medtem ko so želje in zahteve potencialno brezmejne. Zadovoljevanje človeških potreb je nujno, vendar ni dovolj za srečo in zadovoljstvo. Posameznik bo zadovoljen ali nezadovoljen glede na stopnjo zadovoljitve osnovnih potreb in glavnih želja. Svetovna zdravstvena organizacija izpostavlja: osnove eksistenčne potrebe, priložnosti za pridobivanje in doseganje sposobnosti, kontrolo izbire in odločitev na vseh prej naštetih področjih. Človeku, ki zaradi bolezni in posledic operacije postane invalid, se kakovost življenja občutno spremeni na vseh področjih. Pokazati mu moramo sposobnosti, ki jih ima, da si povrne samospoštovanje in zaživi ponovno. Vloga profesionalca postane kritična, ko poskuša razumeti, kako posameznik zaznava, razume in sprejema, kakšne so njegove vrednote in prioritete. Vprašati se moramo, kako on to doživlja, saj ne moremo ocenjevati po svojih merilih. Ob vodilu »Majhnih težav ne delajmo velikih in velikih ne nepomembnih!« obvelja posameznikova ocena, katere težave so zanj majhne in katere velike (Tomc-Šalamun, 2009).

Brown in Randle (2005) sta v svoji raziskavi potrdila, da ima stoma običajno negativen vpliv na kakovost življenja pacientov in v več vidikih pomembno vpliva na spremembo njihovega življenjskega sloga. Medicinske sestre prevzemajo pomembno vlogo v pred in pooperativni zdravstveni negi pacienta s stomo. Aktivna udeležba in sodelovanje – vse naštet od medicinske sestre zahteva izostren občutek, da se znova in znova prilagaja posamezniku in njegovemu položaju. Posamezne intervencije niso nujno pri vsakem posamezniku učinkovite,

kar pomeni, da ni dovolj poznati eno samo teorijo ali metodo, ki bi jo bilo mogoče samo po sebi uspešno pridobiti v praksi. Avtorji navajajo, da »strokovnjak ne bi smel delovati izključno v okviru znanih, veljavnih teorij, modelov, konceptov, temveč bi moral znati njihove dele medsebojno povezovati in iz njih ustvariti nove koncepte, ki bi bili učinkoviti pri delu z določenim posameznikom« (Bavčar in Škrabl, 2009).

V prvem obdobju je stoma za vsakega človeka velika življenjska preizkušnja. Pacient s stomo mora biti deležen posebne obravnave medicinske sestre ET, saj se hkrati spremenita telesna podoba in funkcija odvajanja, ta postane izredno neprijetna. Stoma, s pomočjo katere po posegu pacient odvaja, pa je locirana na trebuhu, kar je za človeka nenormalno, umazano, smrdeče, neposredno vidno in otipljivo, tudi ko je stoma pokrita. Vse to je za prej zdravega človeka zelo stresno stanje. Pacienti s stomo so v večini primerov tudi onkološki bolniki. Tako se spopadejo ne samo s spremenjeno telesno podobo, z bolečimi diagnostičnimi in s terapevtskimi posegi, ampak tudi z dolgotrajnim strahom pred širjenjem bolezni in njenimi posledicami. Pacienti se morajo sami soočiti z boleznijo. Adaptacija pri stomistu poteka v valovih. Ko se že zdi, da njegova rehabilitacija lepo napreduje, pogosto nastopi regresija. Zato je naloga medicinske sestre ET, da je pozorna na vzpone in padce in ustrezno prilagodi negovalne intervencije za ohranjanje energije, strukture in osebne integritete. Pomembno se je zavedati, da pacient s stomo postane samostojen šele takrat, ko sprejeme stomo in z lastnimi izkušnjami pridobi zaupanje v svojo sposobnost pravilne samooskrbe (Petek, 2011).

Telesna samopodoba je pomemben vidik splošne samopodobe. Za zdravstvene delavce je še posebno pomembna, ker se pri delu vsakodnevno srečujejo z ljudmi, ki doživljajo spremembe na ali v lastnem telesu. Telesna samopodoba je temeljni vidik človekove osebne identitete, mentalna predstava o tem, kdo smo (Payne in Walker, 2002). Pri spremenjeni telesni podobi še posebno, če je to povzročila bolezen ali poškodba, pacienti z občutji izgube zakorakajo v proces žalovanja. Da bi novo nastalo situacijo lahko sprejeli ter zaživel skupaj z njo novo življenje potrebujejo čas, možnost, da položaj sprejmejo in se mu prilagodijo. Sama bolezen, njene posledice in stranski učinki zdravljenja lahko posameznika prizadenejo še prav posebej v njegovi telesni samopredstavi (Rakovec-Felser, 2009). Dimenzije telesne samopodobe so tesno povezane z občutenjem sebe in so odvisne tudi od socialnih in interpersonalnih faktorjev. Te dimenzije so občutljive na spremembe v razpoloženju in v zunanjem okolju, pomembno vplivajo na procesiranje informacij, samoprezentacijo in na medosebne odnose (Enova, 2004). Odziv pacienta na spremenjeno telesno podobo je odvisen tudi od starosti, spola, vrednot,

nazorov in pričakovanj, prav tako pomembni so sociokulturni dejavniki, pripravljenost na spremembo, vzrok spremembe in medsebojni odnosi (Seničar, 2000). Če partner v okviru družine predstavlja delež socialne mreže na katerega se posamezniki v največji meri naslonijo v času stiske, odigra intimnost med partnerjema kot podpora veliko vlogo pri psihološki opori, sprejemanju samega sebe s spremenjeno telesno podobo in socializaciji pacienta s stomo (Štemberger Kolnik, 2016). Vse bližnje je treba vključiti v zdravstveno nego, saj je to za uspešno rehabilitacijo enako življenjsko pomembno, kot so pomembne veščine medicinske sestre v stroki zdravstvene nege. Medicinska sestra mora imeti take osebnostne lastnosti, ki bodo pacientu pomagale sprejeti spremenjeno telesno podobo in vzpostavljati življenjsko ravnovesje. Svoboden razgovor ustvarja razumevanje, razumevanje vodi v sprejemanje. Pacientu moramo vzbuditi zaupanje v zdravstveno nego kot stroko, ki zanj želi narediti najboljše. Vsak pacient je individuum zase in ima zato edinstvene težave, povezane s telesno izgubo. Človek je socialno bitje in za svoje uresničenje potrebuje soljudi. Prek drugega ustvarja svojo podobo in vrednote, ocenjuje, kaj je v življenju dobro in kaj slabo. Drugi mu lahko daje občutek varnosti in pomembnosti, kadar ob njem začuti, da ga sprejema in potrebuje. Ta vzajemnost dobi še poseben pomen v težkih življenjskih situacijah, ko se ustraši zase, za svoje življenje in mesto med drugimi. Takrat je medicinska sestra nepogrešljiva sopotnica na težki poti okrevanja. S profesionalnostjo in z izkušnjami bo medicinska sestra pacientu olajšala trajne čustvene rane in dvignila kakovost življenja, pacientu bo v umirjenem vzdušju vlivala zaupanje in ga spodbujala, da si bo ponovno pridobil samospoštovanje in se čutil neodvisnega (Seničar, 2000).

## 5 RAZPRAVA

Pri raziskovanju omenjene tematike opazimo, da se raziskovanje zdravstvene nege pacientov s črevesno stomo v Sloveniji pojavlja od leta 1978 dalje. To so zametki ETH, ko je zdravnik Pavle Košorok pripravil prvo strokovno izobraževanje za medicinske sestre s področja ETH (Štemberger Kolnik in sod., 2013). Glede na zapiske iz *Obzornika zdravstvene nege* se prvi članek o stomah pojavi leta 1976 (letnik 10, številka 1, strani 24–33), in sicer z naslovom *Nega stom pri onkološkem bolniku* avtorice Malči Feguš. Leta 1978 je imela Metka Zima možnost spoznati, kako izvajajo zdravstveno nego in katere pripomočke uporabljajo pri pacientih s stomo v Angliji. Nekaj let kasneje je diplomirala v tujini in tako postala prva ET pri nas (Oberstar in Zima, 2009). Leta 1987 je bila ustanovljena Sekcija medicinskih sester v ETH, v katero so se združile medicinske sestre. Do takrat so se medicinske sestre vsaka po svoje trudile delati s pacienti, ki jim je bila kreirana stoma, čeprav skorajda niso imele niti poštenih pripomočkov niti znanja. Zato so se medicinske sestre ET odločile za skrajni ukrep in začele sestavljati anketni vprašalnik o ugotavljanju kakovosti življenja slovenskih pacientov s stomo (Smolič, 2005). ET izvajajo raziskovalno delo z namenom ohranjati kakovost dela. Njihovo raziskovanje temelji na dolgoletnih neposrednih stikih s pacienti oziroma podaljšanih stikih s pacienti po odhodu iz bolnišnice. Tako je strokovni razvoj na področju ETH podprt na dokazih. ET so strokovnjaki, ki podajajo statistično utemeljene trditve o izkušnjah ali pojavih. Raziskovale so, kako delati bolje, kakovostneje, kako zmanjšati zaplete in stroške zdravljenja ter rehabilitacije. Pri svojem raziskovanju opazujejo obstoječe stanje, po določenem času pa povzamejo opravljeno delo, kar omogoča razvoj strokovnega glasila in strategije posamezne ustanove. Rezultati raziskovalnega dela prinašajo razvoj standardov in kompetenc, spremembe učnih metod in tako izboljšanje kakovosti življenja pacientov (Tomc-Šalamun, 2009).

Pregled literature je dal vpogled tudi v razvoj pripomočkov za nego stome, ki so se vrstili od zelo enostavnih, ki niso zagotavljali zaščite okolne kože (pogosta kožna vnetja) in niso varovali pred neprijetnim vonjem. Prva samolepilna vrečka je vsebovala tako močno lepilo, da je mnogokrat poškodovala kožo in namestitev nove vrečke ni bila več mogoča. Velik korak na področju zdravstvene nege stome je bil razvoj hidrokoloidne paste, ki je bila tudi osnova za razvoj kožnih podlog iz hidrokoloidne mase. Na njej temeljijo vsi sodobni pripomočki za oskrbo stome, kakršne poznamo danes. Revolucionarni dvodelni sistem, sestavljen iz kožne podloge in vrečke, je velik doprinos na področju oskrbe in nege stom. Enako velja za vbočene

podloge, ki se uporabljajo pri ugreznjenih stomah. Kmalu se pojavi še izboljššan dvodelni sistem, ki ima združene lastnosti enodelnega in dvodelnega sistema. Področje lepljenja nadomesti obroček, na katerega se namesti oziroma pritrdi vrečko na kožno podlogo. Skozi zgodovino vidimo, da so se proizvajalci poskušali približati vsem potrebam pacientov, in sicer tudi v sodelovanju z zdravstvenimi delavci, ki so ob oskrbi stom in zdravstveni negi opazili pomanjkljivosti in ugotavljali potrebe pacientov s stomo. Z velikimi spremembami, kot je razvoj hidrokoloidov, se je spremenila doktrina oskrbe stom in s tem izboljšala kakovost življenja pacientov s stomo. Danes je pacientom na razpolago veliko število pripomočkov, omogočen jim je izbor glede na njihove želje, potrebe in morebitne zaplete (Oberstar in Zima, 2009).

Iz pregleda literature je razvidno, da pacienti s stomo prestanejo kompleksno zdravljenje, na katerega se vsak individualno prilagaja – tako na socialne kot na psihične dejavnike. Medicinske sestre se s celostnim pristopom trudijo za doseg čim bolj optimalne kakovosti življenja vsakega posameznika. Pacienti s stomo se vsakodnevno soočajo s čustveno travmo, s spremenjeno telesno podobo ter z nego in oskrbo stome. V teh primerih ima medicinska sestra veliko vlogo pri čustveni podpori in pri zdravstveno-vzgojnem delu s pacientom. Baxter in Salter (2000) navajata, kako vloga medicinske sestre lahko pripomore pacientom s stomo, da sprejmejo svojo diagnozo in prognozo, da se prilagodijo na življenje s stomo ter da se poučijo o rokovanju s stomo in pripomočkih. Spodbujajo jih k pogovoru o temah, kot so družinske vezi, zaposlitev, samopodoba in spolnost. Z vzpostavitvijo zaupnega odnosa med pacientom in medicinsko sestro se podre zid tišine in s tem se stiska negativnih čustev zmanjša. Tako pomaga pacientu, da lažje sprejme svojo podobo in s tem izboljša kakovost življenja. Medicinske sestre imajo pri zdravstveni negi pacientov s stomo pomembno vlogo pri fizičnem, psihičnem, ekonomskem, socialnem, družinskem vidiku in spolnosti. Nudijo jim psihično podporo in empatijo, da okrepijo svoje veščine rokovanja s stomo. Promovirajo jim optimalno kakovost življenja. Imajo torej pomembno vlogo, da zdravstveno-vzgojno delujejo in vplivajo na vse vidike nege pacientov s stomo in njihove bližnje (Sinha in sod, 2009). Medicinska sestra vodi pacienta skozi celoten proces zdravstvene nege. Najpomembnejši cilj zdravstvene nege je usposobiti pacienta do take mere, da bo po operaciji lahko živel enako kakovostno kot prej, čim bolj sproščeno in normalno življenje. Medicinske sestre se morajo truditi, da bodo dvigovale življenju kakovost, pacientu v umirjenem vzdušju vlivale zaupanje in ga spodbujale, naj si spet ustvari samospoštovanje in se čuti neodvisnega (Hribar, 2009).

Če primerjamo raziskavo z omenjeno tematiko pri nas in v tujini, vidimo, da se kakovost življenja pacientov s stomo bistveno ne razlikuje, saj pacienti s stomo kljub različnim težavam navajajo podobne izkušnje, ki jim povzročajo težave v vsakdanjem življenju (Štemberger Kolnik in sod., 2008). Med najpogosteje navedenimi so negotovost glede prihodnosti ter dejavniki, kot so spoprijemanje s telesnimi spremembami (vključno s spremembami v spolnosti), odnosi in komunikacija v družini in v širšem socialnem krogu, spremembe v osnovnih življenjskih opravilih (prehranjevanje, preživljanje prostega časa) ter vprašanja socialne in eksistenčne varnosti, ki sta povezani s poklicno rehabilitacijo. Bavčar in Škrabl (2009) navajata, da težave na teh področjih lahko pomembno znižujejo kakovost življenja še dolgo po zaključenem zdravljenju.

V več študijah so s tremi potrjenimi multidimenzionalnimi vprašalniki raziskovali kakovost življenja pri pacientih s stomo in ugotovili, da ima življenje s stomo lahko negativen vpliv na kakovost življenja. Težave, s katerimi se pacienti soočajo, so naslednje: spolnost, depresija, izločanje plinov, zaprtje, nezadovoljstvo z videzom, težave pri oblačenju, potovanja, občutek utrujenosti, skrb pred zvoki iz stome. Na izrazitost teh težav lahko vplivajo tudi številni dejavniki, kot so starost, spol, pretekli čas od zdravljenja. V primerjalni vzdolžni študiji na eni strani Ardnt in sodelavci (2006) so dobili rezultate, da pacienti s stomo navajajo manj težav, povezanih s stomo, in visoko stopnjo kakovosti življenja (1–3 leta po zdravljenju), medtem ko Engel in sodelavci (2003) prikazujejo rezultat, ki kaže na več težav, povezanih s stomo in slabšo kakovost življenja (1–4 leta po zdravljenju). Na nasprotujoče si rezultate ni bilo podano nobeno pojasnilo. V bazi podatkov Cochrane sta avtorja Pachler in Wille-Jorgeson iz pregleda različnih študij s področja kakovosti življenja ugotovila nasprotujoče si rezultate. Primerjala sta kakovost življenja pacientov, ki so jim po operativnem posegu kreirali stomo, in paciente brez stome. Ugotovila sta, da je kakovost življenja pacientov s stomo primerljiva s tistimi pacienti, ki so brez stome. Prav tako so omenili, da ni bilo možno podati definitivnega zaključka zaradi uporabe različnih vprašalnikov, drugačnih vrst študij in drugačnega časovnega obdobja (zgodnje ali pozno operativno obdobje). V drugi študiji Sun in sodelavci (2013) navajajo, da pacienti tudi po petih letih po kreaciji stome navajajo težave pri izbiri oblačil, prehranjevalnih navadah, negi in oskrbi stome in konstantno razmišljajo o iskanju rešitev prilagajanja na življenje s stomo. Sprejemanje je individualno in temelji na izkušnjah in napakah. Te ugotovitve pozivajo k dolgoročnim podpornim smernicam, kamor se lahko pacient obrne v upanju na boljše soočanje in prilagajanje na življenje s stomo.

Paciente skrbijo odvajanje in težave s plini pri vračanju na delovno mesto, zmanjšana spolna aktivnost in izzivi potovanja ter zabave. V študiji, ki jo opisuje Krouse in sodelavci (2007), je primerjana kakovost življenja pri ljudeh s stomo (primerjava pacientov z rakom in nerakavimi črevesnimi obolenji) in pokaže, da imajo pacienti z malignimi obolenji splošno gledano boljšo kakovost življenja kot oni z benignimi obolenji, skrbi pa so skupne. Tisti z malignimi obolenji imajo manj težav pri prilagajanju na življenje s stomo.

V študiji (Chunli in Ying, 2014), ki je bila izvedena na Kitajskem, pacienti navajajo skrbi, kot so iskanje zasebnosti pri izpraznitvi črevesne vsebine, težave s popuščanjem pripomočkov, kožne reakcije in težave pri socialnih aktivnostih. Njihovi rezultati si nasprotujejo glede na prejšnjo objavljeno študijo, kjer pacienti s stomo navajajo spolnost kot najbolj pogosto težavo. Ta študija demonstrira, kako se pacienti s stomo počutijo manj privlačne. Kitajci konzervativno gledajo na spolnost in redko odkrito govorijo o njej ali pa se pogovoru izogibajo. Tudi zdravstveni delavci se malo posvečajo tej temi. Drugi vzrok temu je nedoslednost preteklega časa od kreiranja stome. V prvi fazi se pacienti bolj posvečajo sprejemanju stome in prilagajanju na novi življenjski slog kot na spolnost. V Sloveniji sta v največjo oporo pacientu družina in partner, ki običajno po prvem šoku sprejmeta novonastalo stanje. Nekatere psihične težave in odpor, ki ga povzroča spremenjen telesni videz partnerja oz. družinskega člana, hitro in uspešno prebolijo in nadaljujejo z intimnim življenjem. To je odvisno tudi od starosti pacienta in od tega, kako trdno razmerje je imel pred operativnim posegom (Štemberger Kolnik in sod., 2013).

V nacionalni raziskavi kakovost življenja ljudi s stomo v Sloveniji so avtorji primerjali svoje ugotovitve s španskimi rezultati. Povprečne ocenjene vrednosti med proučevanimi aktivnostmi, ki vplivajo na kakovost življenja ljudi s stomo (spanje, intimni odnosi, odnosi z družino in bližnjimi, vključevanje v družbo), se med seboj bistveno ne razlikujejo. Najboljše ocenjeno področje je področje vključevanja v družbo, najslabše pa spanja in počitka. Iz 20 preučevanih vidikov kakovosti življenja ljudi s stomo so ugotovili, da so prvi trije najslabše ocenjeni vidiki kakovosti življenja pri slovenskih in španskih anketirancih enaki, le-ti si sledijo v drugačnem zaporedju in sicer strah pred popuščanjem vrečke, strah pred neprijetnim vonjem iz vrečke ter strah pred nedosegljivostjo stranišč. Tudi prvi trije najboljši ocenjeni vidiki kakovosti življenja so enaki, četudi si sledijo v drugačnem zaporedju. Med vidiki, za katere ljudi s stomo menijo, da jih najmanj obremenjujejo v vsakodnevem življenju, izpostavljajo



občutek, da se v družbi ne počutijo osamljeni, da se člani družine ob njih ne počutijo nelagodno, da se direktnim stikom s prijatelji ne izogibajo ter da se srečanj z novimi ljudmi ne bojijo (Štemberger Kolnik in sod., 2008).

.

## **6 ZAKLJUČEK**

Ko je človek zdrav, se ne zaveda blagostanja, ki ga ima, in o tem ne razmišlja. Šele ko zboli, se zaveda pomena zdravja. Vsaka bolezen omaje človekovo integriteto. Tako se človeku poruši ravnovesje v življenju, ki ga je vajen oziroma ga pozna. Z boleznijo se težko sprijaznimo, še posebej kadar se moramo soočiti s spremenjeno telesno podobo, ki je za človeka nekaj novega, neznanega. Vsak posameznik se drugače odziva na spremembe, ki mu jih življenje prinese – tako je tudi z boleznijo. Vse je odvisno od posameznika, kako se bo odzval na novonastalo spremembo. Prav zato imajo medicinske sestre ET pri zdravstveni negi pacientov s stomo veliko vlogo, saj s celostnim pristopom nudijo pacientu strokovnost, znanje in psihosocialno oporo, ki jo potrebuje v času soočanja z boleznijo, zdravljenjem in rehabilitacijo. Pacient s stomo potrebuje svetovanje, kako naj doseže kakovostno življenje, kako naj se ponovno vključi v družabno življenje in kje naj ob pojavu težav poišče pomoč. Za vse to so potrebna znanja, ki jih ima medicinska sestra ET.

## 7 VIRI

- ANTONČIČ, V., BOH, K., 1991. Premise za raziskovanje kvalitete življenja. Družboslovne razprave, letn. 8, št. 12, str. 5–18.
- ARNDT, V., MERX, H., STEGMAIER, C., ZIEGLER, H., BRENNER, H., 2006. Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: A population based study. *European Journal of Cancer*, letn. 42, št. 12, str. 1848–1857.
- BAK, G.P., 2008. Teaching ostomy patients to regain their independence. *American nurse today*, letn. 3, št. 3, str. 30–36.
- BATAS, R., 2006–2007. Razvoj enterostomalne terapije v Sloveniji. V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006–2007*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego, str. 14–17.
- BATAS, R., 2009. Rehabilitacija pacienta s stomo – aktivnosti prehranjevanja in oblačenja. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 43, št. 4, str. 270–275.
- BATAS, R., 2011. Nosečnica s stomo. V: MAJCEN DVORŠAK, S., ŠČEPANOVIČ, D., ur. *Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi: simpozij z mednarodno udeležbo, 3., 4. in 5. marec 2011, Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran: zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, str. 118–126.
- BATAS, R., 2006–2007. Vloga medicinske sestre enterostomalne terapevtke (ET) v patronažnem varstvu. V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006–2007*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego, str. 28–30.
- BATAS, R., 2016. Zgodovina in vloga enterostomalne terapije. V: Vilar, V., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, 2015/2016* [spletni vir]. Ljubljana:

- Univerzitetni klinični center, Področje za zdravstveno nego, str. 19–30. [Datum dostopa 16. 7. 2016]. Dostopno na <<http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-6ODI1JV2>
- BAVČAR, K., ŠKRABL, N., 2009. Kakovost življenja pacientov s stomo. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 43, št. 4, str. 244–247.
- BAXTER, A., SALTER, M., 2000. Stoma care nursing. *Nursing standard*, letn. 14, št. 19, str. 59.
- BROWN, H., RANDLE, J., 2005. Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, letn. 14, str. 74–81.
- CHUNLI, L., YING, Q., 2014. Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *International journal of nursing sciences*, št. 1, str. 196–201.
- CONROY, T., UWER, L., DEBLOCK, M., 2007. Health-related quality-of-life assessment in gastrointestinal cancer: are results relevant for clinical practice. *Current Opinion in Oncology*, letn. 19, št. 4, str. 401–406.
- ENGEL, J., KERR, J., SCHLESINGER-RABB, A., ECKEL, R., SAUER, H., HOLZEL, D., 2003. Quality of life in rectal cancer patients—A four-year prospective study. *Annals of Surgery*, letn. 238, št. 2, str. 203–213.
- FIALA, P., 2007. *Izpeljano črevo ali stoma (1. del)*, Pomurske lekarne, 2015 [spletni vir] [Datum dostopa 12. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.pomurske-lekarne.si/tocka-zdravja/izpeljano-crevo-ali-stoma-i-del>
- ENOVA, D., 2004. Psihološka zdravstvena oskrba oseb s spremembo telesne podobe po operaciji. V: TOMC-ŠALAMUN, D., ur. *Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Hotel Transturist, Škofja Loka, 19. in 20. april 2004*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 58–63.
- FRANGEŽ, A., 2000. Kakovost življenja bolnika s črevesno stomo, povzetek ankete med stomisti. V: GANTAR, M., ur. *Enterostomalna terapija na obalno-kraški regiji: pogovarjamo se o kakovostnem življenju s stomo: zbornik predavanj s strokovnega*

- srečanja, Portorož, 13.–14. april 2000.* Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 24–30.
- GANTAR, M., 2005. Raziskovanje v enterostomalni terapiji v preteklosti. V: TOMC-ŠALAMUN, D., ur. *Raziskovanje v enterostomalni terapiji: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Terme Olimje, 18. in 19. april 2005.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, str. 30–31.
- GAVRILOV, N., 2006–2007. Posebnosti zdravstvene nege otroka s stomo. V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006–2007.* Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego, str. 135–138.
- GAVRILOV, N., 2006–2007. Vloga enterostomalnega terapevta (ET) v bolnišnici. V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006–2007.* Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego, str. 18–20.
- GRABAR, H., 2002. Enterostomalna terapija v Splošni bolnišnici Murska Sobota. V: GANTAR, M., ur. *Golenja razjeda od »A do Ž«: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Radenci, 18. in 19. marec 2002.* Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 11–16.
- HAJDINJAK, A., 1999. Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 33, št. 3–4, str. 137–140.
- HASSAN, I., CIMA, R.R., 2007. Quality of life after rectal resection and multimodality therapy. *Journal of Surgical Oncology*, letn. 96, št. 8, str. 684–692.
- HRIBAR, B., 2009. Odpust iz bolnišnice – Kako so pacienti pripravljeni na življenje s stomo. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 43, št. 4, str. 277–284.
- HRIBAR, B., 2004. Komplikacije črevesnih stom in opis primera. V: TOMC-ŠALAMUN, D., ur. *Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega*

- srečanja, *Hotel Transturist, Škofja Loka, 19. in 20. april 2004*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 39–44.
- HORVAT, Z., 2003. Paradigma vseživljenjskega razvoja in spoprijemanje s spremembami. *Socialna pedagogika*, letn. 7, št. 3, str. 275–314.
- JELAR SLATNAR, A., n. d. *Proces sprejemanja spremenjene telesne podobe pacientk po ginekološki operaciji, kjer dobi še stomo*. Slovenija, 2015 [spletni vir]. [Datum dostopa 29. 12. 2015]. Dostopno na [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/242F.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/242F.pdf)
- JELENČ, F., JUVAN, R., 2006–2007. Zapleti pri črevesnih stomah. V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006–2007*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego, str. 77–81.
- JELOVČAN, A., 2004. Obravnava in rehabilitacija stomista na domu. V: TOMČ-ŠALAMUN, D., ur. *Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Hotel Transturist, Škofja loka, 19. in 20. april*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 30–36.
- JERAJ URŠIČ, H., 2004. Vpliv zdravstveno-vzgojnega dela na kakovost življenja bolnika s stomo. V: SKELA-SAVIČ, B., LOGONDER, M., LOKAR, K., ur. *Ukrepijmo danes, da bomo živeli jutri / Zbornica zdravstvene nege Slovenije – ZDMSZTS, Sekcija medicinskih sester v onkologiji, 31. strokovni seminar, Moravske Toplice, 30. 9. in 1. 10. 2004*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 81–84.
- KLEMENC, D., 2009. Zdravstvena nega in oskrba stomistov – na svoje delo smo lahko ponosni. *Obzornik zdravstvena nege*, letn. 43, št. 4, str. 242–243.
- KROUSE, R., GRANT, M., FERRELL, B., DEAN, G., NELSON, R., CHU, D., 2007. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of Surgical Research*, letn. 138, št. 1, str. 79–87.

- KOBOLT, A., RAPUŠ PAVEL, J., 2006. Osnove interveniranja. V: SANDE, M., DEKLEVA, B., KOBOLT, A., RAZPOTNIK, Š., ZORC-MAVER, D., ur. *Socialna pedagogika: Izbrani koncepti stroke. Socialno pedagoške teme*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 87–103.
- KOŽELJ, M., 2004. Kaj mora zdravnik družinske medicine vedeti o oskrbi bolnika z umetno izpeljanim črevesom? V: ŽIDANIK, S., TUŠEK-BUNC, K., ur. *Medicinsko-tehnični pripomočki: zbornik / 3. mariborski kongres družinske medicine, Maribor, 26. in 27. november 2004*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, str. 117–121.
- MADŽIĆ, Ž., 2011. Koncept zdravstvene nege pacienta sa stomom. V: MAJCEN DVORŠAK, S., ŠČEPANOVIĆ, D., ur. *Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi: simpozij z mednarodno udeležbo, 3., 4. in 5. marec 2011, Mladinsko letovišče in zdravilišče Debeli rtič, Ankaran: zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, str. 93–94.
- MASLO, M., 2000. Razumevanje potreb varovanja v luči teorije izbire in realitetna terapija po W. Glasser. V: GANTAR, M., ur. *Enterostomalna terapija na obalno-kraški regiji: pogovarjamo se o kakovostnem življenju s stomo: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Portorož, 13.–14. april 2000*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 55–57.
- MEDIS, PODJETJE ZA PROIZVODNJO IN TRŽENJE, n. d. *Stoma.si* [spletni vir]. [Datum dostopa 29. 12. 2015]. Dostopno na [http://www.stoma.si/pdf/Stoma.si\\_print.pdf](http://www.stoma.si/pdf/Stoma.si_print.pdf)
- MEŽIK-VEBER, M., 2005. Zdravstvena nega bolnika, ki ima črevesno stomo. V: KERSNIK, J., ur. *Poškodbe v osnovnem zdravstvu: zbornik predavanj / V. Kokaljevi dnevi, Kranjska Gora, 7.–9. 4. 2005*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, SZD, str. 19–22.

- OBERSTAR, A., ZIMA, M., 2009. Pripomočki za oskrbo stome skozi zgodovino. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 43, št. 4, str. 291–295.
- OCVIRK, J., 2005. *Rak debelega črevesa in danke: kaj morate vedeti o bolezni*. Ljubljana: Roche farmacevtska družba, str. 3–5, 10–11.
- OMEJC, M., 2006–2007. Ileostoma pri odraslih V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana, 2006–2007*. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, str. 56–59.
- OMEROVIČ PEŠEC, E., 2005–2012. *Stoma*, Lekarne Maribor, 2015 [spletni vir]. [Datum dostopa 29. 12. 2015]. Dostopno na [http://www.mblekarne.si/slo/svetovalec/pogosta\\_vprasanja/-1/ni\\_teme/-1/ni\\_razvrscanja/49/stoma](http://www.mblekarne.si/slo/svetovalec/pogosta_vprasanja/-1/ni_teme/-1/ni_razvrscanja/49/stoma)
- ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA, 2016. *Raki prebavil*. [spletni vir]. [Datum dostopa 15. 7. 2016]. Dostopno na [http://www.onko-i.si/za\\_javnost\\_in\\_bolnike/vrste\\_raka/raki\\_prebavil/](http://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/vrste_raka/raki_prebavil/)
- PACHLER, J., WILLE-JORGENSEN, P., 2005. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent study (review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, letn. 2, št. CD004323
- PAJNKIHAR, M., 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Univerza v Mariboru Visoka zdravstvena šola, str. 118–127.
- PAYNE, S., WALKER, J., 2002. *Psihologija v zdravstveni negi: humanistična znanost v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy, str. 51
- PETEK, A., in sod. *Strokovne usmeritve za predpisovanje medicinskih pripomočkov (MP) za paciente z izločalnimi stomami in enterokutanimi fistulami* [spletni vir]. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2014. [Datum dostopa 29. 12. 2015].



Dostopno na [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/strokovne\\_usmeritve\\_sekcija\\_medicinskih\\_sister\\_v\\_enterostomalni\\_terapiji-urejeno\\_21102014\\_koncna.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strokovne_usmeritve_sekcija_medicinskih_sister_v_enterostomalni_terapiji-urejeno_21102014_koncna.pdf)

PETEK, A., 2011. Obravnava pacienta s črevesno stomo v domačem okolju. V: MAJCEN DVORŠAK, S., ŠČEPANOVIĆ, D., ur. *Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi: simpozij z mednarodno udeležbo, 3., 4. in 5. marec 2011, Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran: zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. str. 102–109.

PLANINŠEK RUČIGAJ, T., 2006–2007. Stoma in koža okrog nje. V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana, 2006–2007*. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, str. 95–97.

RAKOVEC-FELSER, Z., 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen*. Maribor: Pivec, str. 191–192.

SENIČAR, Z., 2000. Spremenjena telesna podoba. V: GANTAR, M., ur. *Enterostomalna terapija na obalno-kraški regiji: pogovarjamo se o kakovostnem življenju s stomo: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Portorož, 13.–14. april 2000*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 58–66.

SINHA, A., GOYAL, H., SINGH, S., SINGH RANA, SP., 2009. Quality of life of ostomates with the selected factors in a selected hospital of Delhi with a view to develop guidelines for the health professionals. *Indian journal of palliative care*, letn. 15, št. 2, str. 111–114.

SMOLIČ, M., 2005. Predstavitev raziskovanja v enterostomalni terapiji v preteklosti. V: TOMC-ŠALAMUN, D., ur. *Raziskovanje v enterostomalni terapiji: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Terme Olimje, 18. in 19. april 2005*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, str. 29.

STOMAATJE, 2005. *The history of the stoma material* [spletni vir]. [Datum dostopa 14. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.stomaatje.com/history.html#stomamaterial>

SUN, V., GRANT, M., MCMULLEN, C.K., ALTSCHULER, A., MOHLER, M.J., HORN BROOK, M.C., HERRINTON, L.J., BALDWIN, C.M., KROUSE, R.S., 2013. Surviving colorectal cancer: Long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, letn. 40, št. 61–72.

ŠLEBNIK-LAZNIK, A. in sod., 2008. Zdravstvena nega pacienta z rakom črevesja. V: RIJAVEC, I., ur. *Kirurška zdravstvena nega v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec: zbornik predavanj, Slovenj Gradec, 3. in 4. april 2008*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, str. 36–42.

ŠMITEK, J., 2006. Celovita priprava bolnikov na operativni poseg. V: BATAS, R., ur. *Dobra priprava na operacijo – manj zapletov po njej: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Zdravilišče Radenci, 9. in 10. marec 2006*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, str. 9–27.

ŠTEMBERGER KOLNIK, T., 2009. Zdravstvena oskrba stome in zapleti ob stomi. V: PETEK, D., KOPČAVAR-GUČEK, N., ur. *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: zbornik predavanj: 35. srečanje delovnih skupin, Ljubljana, 22.–23. 5. 2009*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine, str. 37–39.

ŠTEMBERGER KOLNIK, T., ŠKRABL, N., MREVLJE, I., 2013. *Stoma – nov začetek: učimo vas živeti s stomo: priročnik za paciente in zdravstvene delavce*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Fundacija za financiranje invalidskih in

humanitarnih organizacij Republike Slovenije, Zveza invalidskih društev ILCO Slovenije, str. 11–15, 18–30.

ŠTEMBERGER KOLNIK, T., MAJCEN DVORŠAK, S., GORIČAN, A., 2009. Informiranost kot ključno vodilo do kakovosti življenja pacientov s stomo. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 43, št. 4, str. 253–260.

ŠTEMBERGER KOLNIK, T. in sod., 2008. *Nacionalna raziskava: Kakovost življenja ljudi s stomo v Sloveniji* [spletni vir]. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji zdravstvena nega, str. 80–89. [Datum dostopa 3. 3. 2016]. Dostopno na [http://www.vszn-je.si/uploads/file/ZBORNIK\\_1\\_Mednarodna%20znanstvena%20konferenca%2008.pdf](http://www.vszn-je.si/uploads/file/ZBORNIK_1_Mednarodna%20znanstvena%20konferenca%2008.pdf)

ŠTEMBERGER KOLNIK, T., 2016. Življenje s stomo – pregled rezultatov kvalitativne raziskave 2008 V: Vilar, V., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, 2015/2016* [spletni vir]. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Področje za zdravstveno nego, str. 157–181. [Datum dostopa 16. 7. 2016]. Dostopno na <<http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-6ODI1JV2>

TOMAŽIČ, J., BELNA, A., 2010. Nega stom V: MIKSIĆ, K., FLIS, V., ur. *Izbrana poglavja iz kirurgije*, Maribor: Obzorja, 2010, str. 161–163.

TOMC-ŠALAMUN, D., 2007. Zdravstvena nega bolnika s stomo. V: BATAS, R., ur. *Kirurška rana in oskrba zapletov črevesnih izločalnih stom: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Hotel Sava, Rogaška Slatina, 30. in 31. marec 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, str. 6–16.

TOMC-ŠALAMUN, D., 2006–2007. Oskrba zapletov izločalnih stom. V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006–2007*. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, str. 82–85.

TOMC-ŠALMUN, D., 2009. Ali smo ljudi s stomo usposobili za kakovostno življenje? *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 43, št. 4, str. 261–267.

- VALCL, S., n. d. *Zdravstvena nega bolnika s stomo* [spletni vir]. [Datum dostopa 13. 7. 2016]. Dostopno na [http://www.zveza-ilco.si/admin/upload/files/SNJEANA1-ZDRAVSTVENA\\_NEGA\\_BOLNIKA\\_S\\_STOMO.pdf](http://www.zveza-ilco.si/admin/upload/files/SNJEANA1-ZDRAVSTVENA_NEGA_BOLNIKA_S_STOMO.pdf)
- VONK-KLAASSEN, S.M. in sod., 2015. Ostomy related problems an their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review *Quality Life Research*, 2016, št. 25, str. 125–133.
- ZALETEL, A., 2000. Učimo se kakovostnega življenja. V: GANTAR, M., ur. *Enterostomalna terapija na obalno kraški regiji: pogovarjamo se o kakovostnem življenju s stomo: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Portorož, 13.–14. april 2000*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 49–54.
- ZAPUŠEK, A., 2005. Zdravstvena vzgoja in pomen učenja pri bolniku s črevesno stomo. V: TOMC-ŠALAMUN, D., ur. *Raziskovanje v enterostomalni terapiji: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Terme Olimje, 18. in 19. april 2005*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, str. 32–36.
- ZAPUŠEK, A., 2006–2007. Predoperativna priprava bolnika na operacijo, pri kateri se pričakuje stoma. V: GAVRILOV, N., TRČEK, M., ur. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006–2007*. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, str. 60–63.
- ZIHERL., S., 2004. Odziv bolnikov na invalidnost in spremembe. V: TOMC-ŠALAMUN, D., ur. *Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Hotel Transturist, Škofja Loka, 19. in 20. april 2004*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 26–29.
- ZIMA, M., 2005. Pripomočki za nego stome. V: KERSNIK, J., ur. *Poškodbe v osnovnem zdravstvu: zbornik predavanj / V. Kokaljevi dnevi, Kranjska Gora, 7.–9. 4. 2005*. Ljubljana združenje zdravnikov družinske medicine, SZD, str. 23–25.

ZVER, L., 2004. Oskrba stomista v bolnišnici. V: TOMC-ŠALAMUN, D., ur. *Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Škofja Loka, 19. in 20. april 2004*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, str. 20–21.

## POVZETEK

Zaradi različnih obolenj na črevesu (najpogosteje raka) je lahko kot posledica operativnega posega pri pacientu narejena umetna izpeljava črevesa skozi trebušno steno – stoma. Zdravstveni delavci, predvsem enterostomalni terapevti se vsakodnevno srečujejo s pacienti, ki imajo ali pa pričakujejo stomo, tako načrtovano kot urgentno. Za uspešno zdravljenje in popolno rehabilitacijo pacienta po tovrstni operaciji ima pomembno vlogo kakovostna zdravstvena nega. Kljub napredovanju stroke s področja enterostomalne terapije se pacienti s stomo srečujejo s težavami, ki vplivajo na kakovost življenja po odhodu iz bolnišnice. Zato si enterostomalne terapevtke prizadevajo, da paciente s stomo usmerjajo pri negi in oskrbi stome. S tem omogočajo dvig kakovosti življenja. Uvodoma je skozi pregled literature predstavljeno, kaj je stoma in katere vrste črevesnih stomov poznamo. V naslednjem poglavju sta predstavljena sodobna zdravstvena nega in cilj pri zdravstveni negi pacienta, ki ima stomo. Predstavljena sta tudi zdravstvena nega pacienta pred operacijo in postoperativno obdobje pacienta s stomo. V naslednjem poglavju so predstavljeni zapleti v zvezi s črevesno stomo in peristomalno kožo. Sledi poglavje o pripomočkih za nego in oskrbo črevesne stome. Predstavljena je tudi nega in oskrba črevesnih stomov v preteklosti, nato pa sledi poglavje o vlogi medicinske sestre, enterostomalne terapevtke in patronažne službe. Ob koncu sta predstavljena vpliv stome na kakovost življenja in kakovost življenja ljudi s stomo v Sloveniji. S pomočjo literature smo ugotovili, da je glede na preteklost nega in oskrba stome močno napredovala. To se vidi v predoperativni pripravi pacientov in postoperativni oskrbi ter ob odpustu pacienta s stomo v domače okolje. Ponudba pripomočkov za nego in oskrbo stom je dostopnejša in izbira na trgu je večja. Veliko vlogo prevzemajo tudi medicinske sestre, ki paciente spremljajo tudi v domačem okolju, saj se nanje lahko vedno obrnejo po pomoč.

**Ključne besede:** črevesna stoma, kakovost življenja, zdravstvena nega pacienta s stomo

## SUMMARY

Due to the various diseases of the colon (the most common cancer) may be as a result of a surgical procedure in a patient is made to derive an artificial intestine through the abdominal wall - stoma. Health professionals in particular enterostomal therapists are in daily contact with patients who have or are expecting a stoma so designed as urgent. To successfully complete the treatment and rehabilitation of patients after such surgery has an important role quality health care. Despite the progress of the profession of enterostomal therapy to patients with stoma they face problems that affect the quality of life after leaving the hospital. Therefore, enterostomal therapists efforts to patients with stoma through guidance in caring for the stoma, thereby enabling improved quality of life. At the outset, through a literature review presented what a stoma is and what types of intestinal stoma we know. The next chapter presents the modern health care and aim for the health care of a patient having a stoma. It presented the care of the patient before surgery and the postoperative period the patient with a stoma. The next chapter presents complications with intestinal stoma and peristomal skin. A chapter of appliances and accessories for the care and treatment of intestinal stoma. It is presented as care and treatment of intestinal stom in the past, then a section on the role of nurses enterostomal therapists and home care services. In the end the influence of the stoma on the quality of life and quality of life of people with a stoma in Slovenia. Through literature, we found that with respect to the past, the care and stoma has made considerable progress. This can be seen in preoperative patient preparation and postoperative care and at discharge a patient with a stoma in the home environment. Offer of appliances and accessories for the care and handling stoma is more accessible and more choice in the market. Many also assume the role of nurses to monitor patients in their home environment, and to them they can always turn for help.

**Keywords:** intestinal stoma, quality of life, care of the patient with a stoma

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se dr. Sabini Ličen za pomoč in nasvete ob pripravi diplomskega dela.

Posebej se zahvaljujem svoji družini za pomoč in podporo v času študija in pripravljania diplomskega dela, še posebej možu Jasminu in sinu Dinu, ki sta mi bila v tem času v veliko moralno oporo.